جامعة دمشق

كلية الاقتصاد

قسم إدارة الأعمال



الأنمـــاط القيادية و أثرها في جودة الخـــدمة الصحية

"دراسة تطبيقية على قطاع المستشفيات"

Leadership Styles and its Effect on Health Service Quality

"An Applied study in hospital sector"

رسالة أعدت لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال

من إعداد:

آسيا بلقاضي

تحت إشراف:

الدكتور. جمال اليوسف

2010 -2009

جامعة دمشق

كلية الاقتصاد

قسم إدارة الأعمال

الأنمــاط القيادية و أثرها في جودة الخــدمة الصحية

"دراسة تطبيقية على قطاع المستشفيات"

لجنة المناقشة والحكم

أعضاء اللجنة		التوقيع
الدكتور جمال اليوسف	عضوا مشرفا	....
الأستاذ المساعد في قسم إدارة الأعمال		
الدكتور حيدر عباس	عضوا	....
الأستاذ المساعد في قسم الإحصاء التطبيقي		
الدكتور زكوان قريط	عضوا	....
المدرس في قسم إدارة الأعمال		

شكر وتقدير

الشكر والثناء لله على أن هداني للإسلام وأرشدني إلى العلم، ووفقني إلى الخير، وأن قدر لي إتمام هذا البحث، وأرجو وان ينفع الله به، والصلاة والسلام على أشرف خلقه وخاتم رسله وعلى آله وصحبه أجمعين وبعد:

أتقدم بعظيم شكري وامتناني إلى الدكتور جمال اليوسف رئيس قسم إدارة الأعمال لكلية الاقتصاد في جامعة دمشق، الذي تفضل مشكورًا بالإشراف على هذه الرسالة، وما قدمه لي من ملاحظات قيمة وتوجيه.

والشكر موصول إلى الدكتورين زكوان قريط، وحيدر عباس لتفضلهما بقبول مناقشة هذه الرسالة.

كما أتقدم بالشكر إلى كل من ساهم من قريب أو من بعيد في إتمام هذه الرسالة.

ولا أنسى كل الأساتذة عبر جميع المراحل الدراسية والجامعية المتدرجة، الذين بعد فضل الله سبحانه تعالى كان لهم جُلُّ الفضل في وصولي إلى هذه المرحلة الدراسية.

وختاما أسال الله سبحانه وتعالى أن ينفع بها ويبارك بها ...والله ولي التوفيق.

الإهداء

إلى الرحمة المهداة للعالمين

سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة والتسليم

إلى رمز الحنان والعطاء...أمي

إلى دعمي وسندي وملجئي...أبي

إلى أشقاء روحي...أخي وأختي

إلى الأمل...محمد

إلى أخواتي في الله...صديقاتي

إلى من يتمنون لي كل خير ...رفيقات الغربة

إلى من تجمعني بهم صلة الرحم...جميع الأقارب

إلى كل من له حق عليّ...أساتذتي

متمنيًا من الباري أن يحقق آمالهم...

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال.

فهرس الملاحق:

الملخص باللغة العربية.

الأنمـــاط القيادية و أثرها على جودة الخـــدمة الصحية

"دراسة تطبيق على قطاع المستشفيات"

إعداد الطالبة: آسيا بلقاضي.

المشرف: د. جمال اليوسف.

تناولت هذه الدراسة موضوع أثر الأنماط القيادية (التحويلي والتبادلي) في جودة الخدمة الصحية بالنسبة لمستشفيات القطاعين العام والخاص في مدينة دمشق؛ وقد تم اختبار هذه العلاقة من وجهة نظر العاملين في هذه المستشفيات. حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تطبيق كل من النمط التحويلي والتبادلي في مستشفيات القطاعين العام والخاص بمدينة دمشق، بالإضافة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدمها هذه المستشفيات. وأخيرا التعرف على أثر النمط التحويلي في أبعاد جودة الخدمة الصحية، والنمط التبادلي في أبعاد جودة الخدمة الصحية وهي الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، اللباقة، والملموسية.

ولتحقيق هذه الأهداف قامت الباحثة بإعداد استبانه من ثلاثة محاور، خصص المحور الأول للمتغيرات الديمغرافية، أما المحور الثاني فقد خصص لقياس مدى تطبيق الأنماط القيادية: النمط التحويلي الذي تم قياسه من خلال مجموعة من الأسئلة حول العناصر (التأثير المثالي، الحفز الإلهامي، الاستثارة الفكرية، والاعتبار الفردي)، والنمط التبادلي الذي تم قياسه من خلال مجموعة من الأسئلة حول العنصرين (المكافأة المشروطة، والإدارة بالاستثناء). في حين تعلق المحور الأخير بقياس مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفيات في محافظة دمشق، من خلال أبعاد جودة الخدمة الصحية: الاعتمادية، الاستجابة، الأمان ، اللباقة، والملموسية.

اعتمدت الباحثة أسلوب العينة لعدم إمكانية حصر مجتمع الدراسة: وهو العاملون بالمستشفيات العامة و الخاصة بمدينة دمشق، حيث بلغت عينة الدراسة 384 فردًا. وقد تم توزيع استبيانات بعدد أفراد العينة، بينما كان عدد الاستبيانات المسترجعة 327 استبانه وهو ما يمثل نسبة استجابة قدرها (85,15%) وهي نسبة جيدة من أجل التحليل.

وقد قامت الباحثة بتحليل البيانات المجمَّعة من خلال استبانه الدراسة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS(V:17، من خلال الإحصاءات الوصفية للتعرف على خصائص عينة الدراسة. بالإضافة إلى مجموعة من الاختبارات سواء المعلمية منها وغير المعلمية من أجل اختبار صحة فروض الدراسة.

ومن خلال التحليل الإحصائي للدراسة التطبيقية توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- النمط التحويلي مطبق بنسبة متوسطة في كل من مستشفيات القطاع العام والخاص في مدينة دمشق.

- النمط التبادلي مطبق بنسبة مقبولة إلى حد ما في كل مستشفيات القطاعين العام والخاص بمدينة دمشق.

- أما مستوى جودة الخدمة الصحية فقد كان جيدا بالنسبة لجميع المستشفيات، غير أن مستشفيات القطاع الخاص عرفت مستوى أعلى لجودة الخدمة الصحية المقدمة من نظيراتها بالقطاع العام.

- بالنسبة للفرضية الرئيسية الأولى للدراسة لم تكن محققة بشكل كلي بل كانت محققة بشكل جزئي: حيث أنه بالنسبة للنمط التحويلي لم تكن هناك اختلافات معنوية بين أفراد العينة تعود إلى كل من الجنس، العمر، وسنوات الخبرة. بينما كانت هناك اختلافات معنوية من حيث القطاع، التخصص الوظيفي، والمؤهل الدراسي. أما بالنسبة للنمط التبادلي لم تكن هناك اختلافات معنوية بين أفراد العينة تعود إلى القطاع، الجنس، والعمر. بينما كانت هناك اختلافات من حيث التخصص الوظيفي، المؤهل الدراسي، وسنوات الخبرة.

- بالنسبة للفرضية الرئيسية الثانية للدراسة لم تكن محققة بشكل كلي بل كانت محققة بشكل جزئي: حيث انه لم تكن هناك اختلافات معنوية بين أفراد العينة تعود إلى كل من الجنس، العمر، وسنوات الخبرة بالنسبة لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة. بينما كانت هناك اختلافات معنوية من حيث القطاع، التخصص الوظيفي، والمؤهل الدراسي فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.

- بالنسبة للفرضية الرئيسية الثالثة فقد توصلت الباحثة إلى وجود علاقة ارتباط جيدة بين النمط التحويلي وجودة الخدمة الصحية، حيث نفسر هذا الارتباط من خلال دراسة اثر النمط التحويلي على كل بعد من الأبعاد التي تشكل جودة الخدمة الصحية. فقد كان النمط التحويلي أكثر تأثيرا في الملموسية، بينما كان له نفس الارتباط مع الاعتمادية واللباقة، وبدرجة اقل كان

له اثر ايجابي في اللباقة، وأخيرا عرفت الاستجابة اقل ارتباط مع النمط التحويلي - بالمقارنة مع باقي الأبعاد – بالرغم من كونه جيدا وايجابيا.

- بالنسبة للفرضية الأخيرة توصلت الباحثة إلى انه هناك اثر ايجابي للنمط التبادلي في جودة الخدمة الصحية. وبشكل أكثر تفصيلا: توصلنا إلى أن النمط التبادلي له اكبر الأثر على بعد الملموسية، وله تأثير متساوي على بعدي الاعتمادية والأمان، وبدرجة اقل كان له تأثير على الاستجابة. بينما كان بعد اللباقة اقل تأثرا من النمط القيادي التبادلي بالمقارنة مع باقي الأبعاد المتعلقة بجودة الخدمة الصحية.

وفي ضوء نتائج الدراسة خلصت قامت الباحثة بتقديم بعض التوصيات:

- اقتراح قيام إدارة المستشفيات بالتحضير لمحاضرات من طرف الأخصائيين في علم إدارة الإعمال بالنسبة لكل المسؤولين في المستشفيات، ويتم ذلك عن طريق ربط الجامعة وقسم إدارة الأعمال خاصة بقطاع المستشفيات. لان هذا سيمكن المختصين في قطاع المستشفيات من الاستفادة من الأدبيات الجديدة في الإدارة بصفة عامة والقيادة بصفة خاصة، كما يمكن الباحثين من الاستفادة من خبرة العاملين بقطاع المستشفيات.

- ترى الباحثة أن يكون هنالك اتصال أكثر بين القائد والأتباع من خلال محاولة القادة التقرب أكثر من العاملين في المستشفى وتشجيعهم أكثر على المبادرة به. عن طريق القيام بعقد حوارات تناقش بها سيرورة العمل، وطرح المشاكل التي قد يواجهها العاملون في تقديم الخدمة الصحية.

- بما أن المستشفيات تحظى بطبيعة خاصة، فانه من الأفضل أن تكون هنالك مواءمة للأنماط القيادية مع طبيعة هذه المستشفيات. وهذا سيكون استكمالا جيدا للبحث مستقبلا.

Leadership Styles and its Effect on Health Service Quality

"An Applied study in hospital sector"

By:

Assia Belkadi

Supervised By:

Dr. Jamel Elyoucef

This study examine the impact of leadership styles (transformational and transactional) in the health service quality for public and private hospitals in the city of Damascus. The study aimed to identify the extent of application of each type of leadership on hospitals in Damascus, as well as to identify the level of health service quality provided by these hospitals. Finally, identify the impact of transformational style in the quality dimensions of health service, and transactional style on the quality dimensions of health service, which are: reliability, responsiveness, safety, courtesy, and tangibility.

To achieve these objectives, the researcher made a questionnaire of three parts, a provision of the first part of demographic variables, while the second part has been provisioned to measure the extent of application of leadership styles: transformational style, which was measured through a series of questions about the items (Idealized influence, Inspirational Motivation, Intellectual Stimulation and Individualized Consideration), transactional style, which was measured through a series of questions about the elements (Contingent Reward & Management by Exception).

The sample comprised 327 -representing a response rate of (85.15%) which is good for analysis- respondents from 384 questionnaire had been distributed in hospitals.

The researcher has analyzed the data collected through a questionnaire study, using the Statistical Package for Social Sciences SPSS, through descriptive statistics to know the characteristics of the study sample. In

addition to a series of tests, both parametric and non parametric to test the validity of the study hypotheses.

Through statistical analysis of the study applied, researcher concluded the following results:

- transformational style applied by an average percent in both of public and private hospitals, in the city of Damascus.
- transactional style applied by acceptable percent in all hospitals, public and private sector in Damascus.
- The health service quality has been good for all hospitals, but private sector knew a higher level of the health service quality presented by their counterparts in the public sector.

First Hypothesis: :

- about the extent of application of the transformational style:

- There are insignificant differences between hospitals workers concerning the : gender, age, and years of experience.

- There are significant differences between hospitals workers concerning the sector, profession, study qualification.

So this sub-Hypothesis is partially accepted

- about the extent of application of the transactional style:

- There are insignificant differences between hospitals workers concerning the : sector, gender, age.

- There are significant differences between hospitals workers concerning the, profession, study qualification, and years of experience.

So this sub-Hypothesis is partially accepted

Second Hypothesis: about the level of health service quality provided. There are insignificant differences between hospitals workers concerning the : gender, age, and years of experience . while There are significant

differences between hospitals workers concerning the: sector, profession, study qualification.

So the second Hypothesis is partially accepted

Third Hypothesis: There is positively significant influence of transformational style on health service quality dimensions : tangibility, reliability, courtesy, safety, and responsiveness, by order.

So the third Hypothesis is accepted

Last Hypothesis: There is positively significant influence of transactional style on health service quality dimensions : tangibility, reliability, safety, responsiveness, and courtesy, by order.

So the last Hypothesis is accepted

Depending on the results of the study, the researcher provided some recommendations:

- The proposal for the hospital's management is to prepare for conferences by specialists in the science of business administration for hospital's leaders, this is done, by make a link between the university and specially the Department of Business management, and hospitality sector. Because this will enable specialists in the hospital sector to benefit from the new management literature in general and leadership in particular, but also enables researchers to benefit from the experience of working in hospitality.

- Researcher think that it should be more communication between leaders and followers, by trying the leaders to be close to the hospital staff and encourage them to initiate more. Through the convening of dialogues to discuss the process of work, and raise the problems that may face in health service' present.
- from the particularity of hospital's sector, it is better that adaptation the leadership styles with the nature of these hospitals. This would be a good complement to search in the future.

الفصل الأول: الفصل التمهيدي.

يضم هذا الفصل ثلاثة مباحث: المبحث الأول يضم الإطار العام للدراسة من خلال تحديد الإشكالية والأهداف والأهمية بالإضافة إلى فروض البحث. أما المبحث الثاني فيتعلق بمنهجية الدراسة من خلال المنهج المتبع ومجتمع وعينة البحث بالإضافة إلى ثبات وصدق أداة جمع البيانات، والأساليب المستخدمة للتحليل الإحصائي. وأخيرا جاء المبحث المتعلق بالدراسات السابقة بالنسبة لمتغيرات الدراسة والفوائد المستخلصة منها.

المبحث الأول: الإطار العام للدراسة.

أولاً: مقدمة.

تشكل القيادة محورا مهما ترتكز عليه مختلف النشاطات في المنظمات العامة والخاصة على حد سواء، وفي ظل تنامي المنظمات سواء من حيث الحجم أو من حيث تشعب أعمالها وتعقدها وتنوع العلاقات الداخلية وتشابكها وتأثرها بالبيئة الخارجية من مؤثرات اقتصادية واجتماعية وتكنولوجية. فبيئة الأعمال تتغير باستمرار والشيء الوحيد الثابت فيها هو التغيير فمن لا يتغير يُغير. ومن باب أولى مواصلة البحث والاستمرار في إحداث التغيير والتطور داخل المنظمة. ولا يتحقق ذلك إلا من خلال قيادة فاعلة تستطيع التكيف مع التغير بقيادة المنظمة نحو الاستمرار والنمو.

ونتيجة الدور الذي تلعبه القيادة في إدارة المنظمات فان التوجه حاليا في الأبحاث والدراسات هو الوصول إلى نمط قيادي يستطيع التأثير في الأتباع بشكل ايجابي من أجل التعامل والتكيف مع مختلف متغيرات الموقف والمتغيرات الخارجية.

وبما أن المنظمات الصحية مثلها مثل باقي المنظمات تنشط في بيئة متغيرة ومعقدة، فإنها تتطلب قيادة إدارية تقوم باستثارة الجهود وتنسيقها نحو تحقيق رسالة المنظمة الصحية والتطلع إلى الرؤية المستقبلية.

فالمنظمة الصحية تلعب دورا هاما وحيويا في تقديم الرعاية الصحية للمجتمع والتوعية من مختلف الأمراض، من خلال كونها مركزا لتدريب العاملين الصحيين، وإجراء البحوث الاجتماعية والحيوية، بالإضافة إلى جوهر عملها وهو تقديم الخدمات العلاجية والوقائية. ونتيجة لذلك كان لزاما على إدارة المستشفى تعظيم كفاءة وفاعلية جودة الخدمات الصحية التي تقدمها. هنا يظهر الدور الذي تلعبه القيادة الإدارية في التأثير في العاملين بالمستشفى من أجل تحقيق الدور الذي يتعين على المستشفى القيام به عن طريق تقديم الخدمة الصحية بالجودة المطلوبة. كما تظهر الحاجة إلى معرفة الأثر الذي تقوم به الأنماط القيادية المتبعة في المستشفيات في مستوى جودة الخدمات التي تقدمها هذه المستشفيات، وبشكل مفصل على كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية .

ثانيا: مشكلة البحث.

يمكن تلخيص مشكلة البحث في السؤال التالي:

" ما هي العلاقة بين الأنماط القيادية (التحويلي والتبادلي) وجودة الخدمة الصحية ؟ "

ويمكن إدراك مشكلة البحث من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية:

1- ما مدى تطبيق كل من النمطين القياديين التحويلي والتبادلي في كل من مستشفيات القطاع العام والقطاع الخاص في مدينة دمشق؟

2- ما هو مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مستشفيات القطاع العام والخاص في محافظة دمشق؟

3- كيف يؤثر النمط القيادي التحويلي في مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدمها مستشفيات القطاعين العام والخاص في محافظة دمشق؟

4- كيف يؤثر النمط التحويلي في مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدمها مستشفيات القطاعين العام والخاص في محافظة دمشق؟

5- هل توجد اختلافات ذات دلالة معنوية بين أفراد عينة الدراسة (حسب المتغيرات الديمغرافية) بالنسبة لكل من:

- النمط التحويلي.
- النمط التبادلي.
- جودة الخدمة الصحية.

ثالثا: مصطلحات البحث.

القيادة الإدارية: عرفها باس Bass على أنها العملية التي يتم عن طريقها إثارة اهتمام الآخرين و إطلاق طاقاتهم وتوجيهها نحو الاتجاه المرغوب.[1]

النمط القيادي: يقصد به سلوك الفرد الذي يحاول من خلاله التأثير في الآخرين، ويشتمل على السلوكيات التوجيهية المتعلقة بالعمل والسلوكيات المساندة المتعلقة بالعاملين.[2]

النمط القيادي التحويلي: هو نمط قيادي ملهم يستخدم المقومات الزعامية في التأثير على الأتباع ودفع المنظمة نحو تحقيق معدلات أداء تفوق المعدلات العادية.[3]

النمط القيادي التبادلي: هو النمط القيادي الذي يقوم على توجيه جهود الأتباع باتجاه المهام وتحديد لهم الأهداف المراد إنجازها، وفي حالة تقيدهم بإنجازها فإنهم يحصلون على مكافآت نظير ذلك.[4]

جودة الخدمة الصحية: عرفتها الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية بأنها درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة.[5]

رابعا: أهمية البحث.

تأتي أهمية هذا البحث من:

1) أهمية قطاع المستشفيات الذي يعنى بصحة المورد البشري، والذي يعد أهم مورد بالنسبة للمنظمات.
2) إثراء الرصيد العلمي العربي بهذه الدراسة التي تجمع بين أنماط القيادة (التحويلي والتبادلي) وجودة الخدمة الصحية.
3) حداثة الموضوع والاهتمام الكبير الذي يحظى به قطاع إدارة المستشفيات في الدراسات الأجنبية.

---

[1] محمد حسنين العجمي، **الاتجاهات الحديثة في القيادة الإدارية والتنمية البشرية**، عمان، دار المسيرة، 2008، ص 57.

[2] بيتر ج.نورث هاوس، **القيادة الإدارية النظرية والتطبيق**، الرياض، معهد الإدارة العامة، 2006، ص 88.

[3] طارق طه، **السلوك التنظيمي في بيئة العولمة و الانترنت**، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة، 2007، ص 290.

[4] A. Skogstad & S. Einarsen, **The Impact of a Change-Centered leadership in four Organizational Cultures**, (Scandinavian Journal of Management, 15, pp 289-306), 1999, p 290.

[5] عبد العزيز مخيمر وآخرون، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات**، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية،2003، ص 187.

4) يعتبر هذا البحث خطوة تفيد إدارة المستشفيات في تحسين جودة خدماتها من أجل تحقيق التنمية على مستوى المستشفى والمجتمع.
5) زيادة الحصيلة العلمية للباحثة و تعزيز أسلوب البحث العلمي.

خامسا: أهداف البحث.

في ضوء مشكلة البحث وتساؤلاته يهدف البحث إلى:

1) التعرف على الأبعاد النظرية لمتغيرات الدراسة وللمفاهيم المتعلقة بها.
2) التعرف على مدى تطبيق كل من النمطين التحويلي والتبادلي في المستشفيات الخاصة والعامة في محافظة دمشق.
3) التعرف مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات في محافظة دمشق.
4) دراسة نوع العلاقة بين الأنماط القيادية (التحويلي والتبادلي) وجودة الخدمة الصحية.
5) التعرف على الاختلافات الموجودة بين أفراد العينة فيما يتعلق بمتغيرات الدراسة.

سادسا: فروض البحث.

إن متغيرات البحث هي:

المتغير المستقل: الأنماط القيادية.

- النمط التحويلي: ويتم قياس مدى تطبيقه من خلال قياس العناصر المكونة له وهي:

- التأثير المثالي.
- الحفز الإلهامي.
- الاستثارة الفكرية.
- الاعتبار الفردي.

2- النمط التبادلي: ويتم قياس مدى تطبيقه من خلال قياس العناصر المكونة له وهي:

- المكافأة المشروطة.
- الإدارة بالاستثناء.

المتغير التابع: جودة الخدمة الصحية. ويتم قياسها من خلال أبعادها.

- الاعتمادية
- الاستجابة
- الأمان
- اللباقة
- الملموسية

و بناء على تلك المتغيرات فإن فروض البحث هي:

الفرضية الأولى: لا توجد اختلافات معنوية بين أفراد عينة الدراسة حول الأنماط القيادية (التحويلي والتبادلي) وفقا للمتغيرات الديمغرافية (القطاع، الجنس، العمر، التخصص الوظيفي، المؤهل الدراسي، وسنوات الخبرة)

الفرضية الثانية: لا توجد اختلافات معنوية بين أفراد عينة الدراسة حول جودة الخدمة الصحية المقدمة وفقا للمتغيرات الديمغرافية (القطاع، الجنس، العمر، التخصص الوظيفي، المؤهل الدراسي، وسنوات الخبرة)

الفرضية الثالثة: لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في جودة الخدمة الصحية. وتتفرع إلى:

1- لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الاعتمادية.

2- لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الاستجابة.

3- لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الأمان.

4- لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في اللباقة.

5- لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الملموسية.

الفرضية الرابعة: لا يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في جودة الخدمة الصحية. وتتفرع إلى:

1- لا يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الاعتمادية.

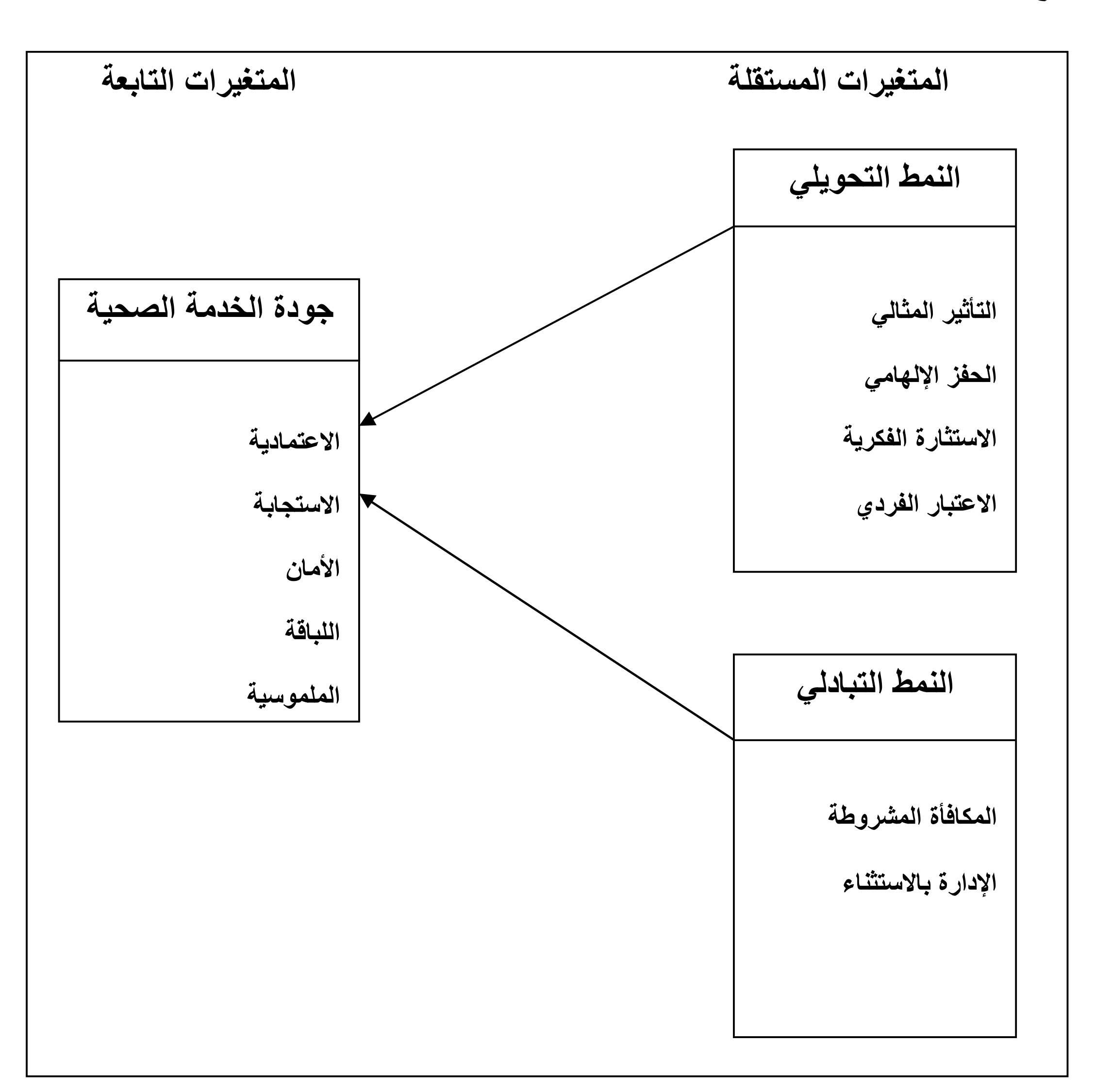
2- لا يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الاستجابة.

3- لا يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الأمان.

4- لا يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في اللباقة.

5- لا يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الملموسية.

سابعا: نموذج الدراسة.



ثامنا: حدود البحث.

1- إن هذا البحث سيدرس العلاقة بين الأنماط القيادية و جودة الخدمة الصحية في مستشفيات كل من القطاع العام و القطاع الخاص في محافظة دمشق. ويقتصر تحديدا على علاقة النمط التحويلي والنمط التبادلي مع أبعاد جودة الخدمة الصحية.
2- دراسة العلاقة بين كل من النمطين التحويلي والتبادلي وأبعاد جودة الخدمة الصحية مما يعني إمكانية استكمال البحث من جوانب أخرى فيما بعد.
3- الإلتزام بتقديم البحث خلال سنة 2010.

تاسعا: مصادر جمع البيانات.

لغرض انجاز هذا البحث تم الاعتماد على البيانات الأولية والثانوية بالشكل التالي:

1- البيانات الثانوية: من خلال الاعتماد على الكتب والمقالات والدراسات السابقة والأدبيات ذات الصلة بموضوع البحث، والدوريات المتخصصة وشبكة الانترنت بالإضافة إلى المؤتمرات.

2- البيانات الأولية: وذلك من خلال الاعتماد على أسلوب الاستبانة في جمع البيانات والتي أُعدت خصيصا لتحقيق أهداف الدراسة.

المبحث الثاني: منهجية البحث.

أولا: منهج البحث.

من أجل التحقق من أهداف البحث تم الاعتماد على المنهج الوصفي بالنسبة لتكوين الإطار النظري للبحث، من خلال جمع البيانات والمعلومات من المصادر المتوفرة: سواء كانت من الكتب أو الرسائل الجامعية، أو الدوريات، أو المقالات، أو المؤتمرات.

أما بالنسبة للجانب التطبيقي من البحث فقد تم الاعتماد على المنهج التحليلي الإستنتاجي، من خلال جمع البيانات عن طريق الاستبيان وتحليلها باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS: Statistical Package for Social Sciences، والوصول إلى النتائج.

ثانيا: مجتمع البحث.

يتمثل مجتمع البحث في جميع العاملين في المستشفيات السورية بما فيهما القطاعين العام والخاص، ولكن لكبر مجتمع البحث ولعدم إمكانية حصر مجتمع البحث، في ظل قيود الوقت والجهد ستقتصر الدراسة على كل من المستشفيات العامة والخاصة في محافظة دمشق. حيث بلغ عدد المستشفيات الموجودة في محافظة دمشق 55 مستشفى، منها 21 مستشفى عام و 34 مستشفى خاص. و ذلك وفق معلومات المكتب المركزي للإحصاء لنهاية سنة 2009. وقد تم اختيار محافظة دمشق لأنها العاصمة والأكثر عددا من حيث السكان في الجمهورية العربية السورية.

والجدول رقم 1 يبين أهمية إجراء البحث في محافظة دمشق من خلال عدد المستشفيات في محافظة دمشق مقارنة بالمستشفيات في كافة المحافظات لسنة 2009.

الجدول رقم 1: توزع المستشفيات والأسرَّة حسب المحافظات.

المحافظات	مستشفيات حكومية		مستشفيات خاصة		المجموع		
	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	متوسط عدد السكان لكل سرير
دمشق	21	5429	34	1095	55	6524	258
ريف دمشق	14	2620	40	1221	54	3841	658
حلب	16	3331	98	2230	114	5561	800
حمص	12	1589	31	989	43	2578	647
حماه	7	1356	42	608	49	1964	768
اللاذقية	7	1621	16	339	23	1960	485
دير الزور	7	905	17	280	24	1185	938
ادلب	3	496	28	349	31	845	1628
الحسكة	5	880	27	478	32	1358	1025
الرقة	5	740	7	151	12	891	971
السويداء	3	690	3	64	6	754	463
درعا	16	900	6	143	16	1043	892
طرطوس	6	1092	16	414	22	1506	502
القنيطرة	1	200	-	-	1	200	400
المجموع	117	21849	365	8361	482	30210	-

* المكتب المركزي للإحصاء- الجدول رقم 12/4 (المجموعة الإحصائية السنوية، الإصدار الثاني والستون، 2009).

و نلاحظ من هذا الجدول أن المستشفيات الحكومية الموجودة في محافظة دمشق تشكل بشكل تقريبي 20% من المستشفيات الحكومية الكلية، أما المستشفيات الخاصة فتمثل ما يقارب 10% من مجموع المستشفيات الخاصة الكلية. وهذا يدل على أهمية إجراء البحث في محافظة دمشق. وقد قامت الباحثة باختيار المستشفيات الخاصة والعامة التي سيتم التطبيق عليها بطريقة العينة العشوائية، ويوضح الجدول رقم (1) المستشفيات الخاصة والعامة المختارة ضمن العينة وعدد الأسرة فيها :

الجدول رقم 2: أسماء المستشفيات الخاصة والحكومية المختارة ضمن العينة وعدد الأسرة فيها.

القطاع	اسم المستشفى	عدد الأسرة
عام	مستشفى المجتهد	416
عام	مستشفى دار التوليد	287
عام	مستشفى الأمراض الجلدية	40
خاص	مستشفى الرازي	28
خاص	مستشفى الأندلس	55
خاص	مستشفى الفرنسي	101
خاص	مستشفى أمية	56

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على موقع وزارة الصحة السورية.

ثالثا: عينة البحث.

تم اعتماد أسلوب العينة بدل الحصر الشامل وذلك لكبر مجتمع البحث وعدم إمكانية حصره. وقد تم حساب عينة الدراسة وفق القانون التالي:

$$\text{الخطأ المسموح به} = \text{الدرجة المعيارية} * \sqrt{\frac{\text{ق}(1-\text{ق})}{\text{ن}}}$$

$$(\%5)^2 = (1,96)^2 * \sqrt{\frac{0,5(1-0,5)}{\text{ن}}}$$

ن= 384

حيث:

- ق نسبة عدد المفردات التي تتوافر فيها خصائص موضوع البحث.
- الخطأ المسموح به هو 5%.
- الدرجة المعيارية عند نسبة الخطأ 5% تبلغ (1.96).
- معامل الثقة هو 95%.

ويكون توزيع العينة بين القطاعين الخاص والعام على أساس حجم المستشفيات (عدد الأسِرَّة) كما يلي:

الجدول رقم 3: نسب توزيع عينة الدراسة بين القطاعين الخاص والعام.

القطاع	عدد الأسرة	النسبة	توزيع العينة
عام	5429	٪ 83	318
خاص	1095	٪ 17	66
المجموع	6524	٪ 100	384

المصدر: من إعداد الباحثة.

وقد تم توزيع الاستبيانات على العاملين (أطباء، فنيين، وإداريين) في كل من مستشفى دمشق (المجتهد) مستشفى التوليد، ومستشفى الأمراض الجلدية بالنسبة للقطاع العام، أما بالنسبة للقطاع الخاص فقد تم التوزيع في كل من مستشفى الأندلس، مستشفى الرازي، والمستشفى الفرنسي.

حيث نلاحظ أن شرط العينة محقق من حيث كفاية العينة من خلال أن نسبة المستشفيات العامة التي تم اختيارها إلى إجمالي عدد المستشفيات العامة بمحافظة دمشق يقدر ب14 ٪ وهي اكبر من 10 ٪. أما بالنسبة للمستشفيات الخاصة فنسبتها إلى إجمالي المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق فتمثل تقريبا 9٪. إذ يمكن القول أن العينة كافية من حيث عدد المستشفيات.

وقد تم توزيع 384 استبانه بينما كان عدد الاستبيانات المسترجعة 327 استبانه وبالتالي فان نسبة الاستجابة العامة كانت (85 %) وهي نسبة جيدة.

رابعا: أداة الدراسة.

تم تصميم استبانة خاصة بهذه الدراسة موجهة للعاملين بالمستشفيات سواء كانوا أطباء أو فنيين أو إداريين، وقد تكونت الاستبانة من ثلاثة محاور:

المحور الأول: يتضمن البيانات الشخصية والوظيفية لأفراد العينة. وقد احتوت على كل من العناصر التالية:

- اسم المستشفى

- نوع القطاع

- الجنس

- العمر

- التخصص الوظيفي

- المؤهل الدراسي

- سنوات الخبرة

المحور الثاني: يتضمن عبارات حول المتغير المستقل- الأنماط القيادية- وقد تم تصميمها من خلال الاطلاع على الأدبيات النظرية المتعلقة بموضوع الدراسة، بالإضافة إلى استبانة "القيادة المتعددة الأبعاد" (Multifactor Leadership Questionnaire) الذي طوره كل من Bass and Avolio سنة 1994 (مع إجراء بعض التعديلات عليه).

ويتضمن هذا المحور قسمين:

القسم الأول: يمثل مجموعة من العبارات حول النمط القيادي التحويلي الذي تم تجزئته إلى :

- الجزء الأول: يشمل على 7 عبارات (1-7)حول التأثير المثالي.

- الجزء الثاني: يشمل 7 عبارات (8-14) حول الحفز الإلهامي.

- الجزء الثالث: يشمل 6 عبارات (15-20) حول الاستثارة الفكرية.

- الجزء الرابع: يشمل 6 عبارات (21-26) حول الاعتبار الفردي.

القسم الثاني: تمثل مجموعة العبارات المتعلقة بالنمط القيادي التبادلي؛ الذي تم تجزئته إلى:

- الجزء الأول: يشمل 8 عبارات (27-34) حول المكافأة المشروطة.

- الجزء الثاني: يشمل 8 عبارات (35-42) حول الإدارة بالاستثناء.

المحور الثالث: يتضمن مجموعة من العبارات حول المتغير التابع –جودة الخدمة الصحية- وقد تم تصميمها من خلال الاطلاع على الأدبيات النظرية المتعلقة بموضوع الدراسة (وبالأخص على ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، 2005). ويتضمن هذا المحور على أبعاد جودة الخدمة الصحية:

- الاعتمادية يشمل هذا البعد على 6 عبارات (43-48)
- الاستجابة يشمل هذا البعد على 7 عبارات (49-55)
- الأمان يشمل هذا البعد على 5 عبارات (56-60)
- اللباقة يشمل هذا البعد على 6 عبارات (61-66)
- الملموسية يشمل هذا البعد على 6 عبارات (67-72)

وتم صياغة عبارات كل من المحوريين الأخيرين بطريقة تتيح للمبحوثين فرصة الإجابة عنها، وفقا لتدرج مقياس Likert الخماسي الإحصائي، الذي يعطي قيمة إحصائية متدرجة تمثل الأهمية النسبية لكل إجابة. إذ اعتمد الشكل المغلق للإجابة الذي يحدد الاستجابات المحتملة لكل سؤال ممثلا في عبارات المحور الثاني، وهي على النحو التالي: موافق تماما=5، موافق=4، محايد=3، معارض=2، معارض بشدة=1. أما بالنسبة للمحور الثالث فقد تم الاعتماد على التدرج الخماسي: دائما=5، أحيانا=4، لا أعلم=3، نادرا=2، أبدا=1.

خامسا: صدق الأداة.

هناك من يطلق عليها أيضا صلاحية أداة الدراسة: فهي تعرف على أنها قدرة الأداة على قياس ما صممت من أجله، وقد لجأت الباحثة إلى دراسة الصلاحية من جانبين:

الأول: صلاحية المحتوى هو حكم شخصي مبني على الربط المنطقي بين الأسئلة التي تحتويها أداة القياس، لذلك يطلق عليها أيضا صلاحية الشكل. حيث قامت الباحثة بمساعدة من عدد من الأساتذة

المختصين بالتأكد من طريقة صياغة الأسئلة ووضوحها ومدى تناسبها مع الموضوع الـــذي صـــممت لأجله، وقامت الباحثة بإجراء التعديلات التي طلبها المختصون قبل توزيعها على المستقصى منهم. أما الثاني فهو: موثوقية الأداة.

سادسا: موثوقية الأداة.

يقصد بالموثوقية أو الثبات الحصول على نفس القيم عند إعادة استعمال أداة القياس. وبالتـــالي فانـــه كلما زادت درجة ثبات واستقرار أداة الدراسة كلما زادت الثقة في أداة الدراسة. ولأجـــل ذلـــك قامـــت الباحثة باستخدام اختبار الموثوقية معامل الارتباط ألفـــا كرونبـــاخ Alpha Cronbach. وتتـــراوح قيمته ما بين (0-1) حيث يجب أن يكون أكبر من (0,6) بينما كلما اقترب من الواحد دل ذلـــك علـــى ارتفاع الثبات الداخلي. كما يتطلب هذا الاختبار أن تكون العناصر المجمعة تعبر عن نفـــس المفهـــوم، لهذا قامت الباحثة بحساب معامل Alpha Cronbach لكل مجموعة أسئلة تقيس نفس المفهـــوم، ثـــم لمجموعة المفاهيم التي تعبر عن نفس المتغير، كما هو مبين من الجدول رقـــم4. مـــن خـــلال نتـــائج الجدول رقم 4: نلاحظ أن قيم معامل Alpha' Cronbach بالنسبة لجميع المفاهيم أكبر مـــن (0,6) وبالتالي فان أداة الدراسة تتمتع بمثوقية عالية. وهي بداية جيدة من أجل التحليل الإحصائي.

الجدول رقم 4: اختبار الموثوقية معامل Cronbach's Alpha لكل مفهوم من مفاهيم البحث.

Cronbach's Alpha	المفهوم المعبِّر عنها	مجموعة العناصر
0,9	التأثير المثالي	من س 1 إلى س 7
0,87	الحفز الإلهامي	من س 8 إلى س 14
0,88	الاستثارة الفكرية	من س 15 إلى س 20
0,86	الاعتبار الفردي	من س 21 إلى س 26
0,87	المكافأة المشروطة	من س 27 إلى س 34
0,87	الإدارة بالاستثناء	من س 35 إلى س 42
0,81	الاعتمادية	من س 43 إلى س 48
0,89	الاستجابة	من س 49 إلى س 55
0,83	الأمان	من س 56 إلى س 60
0,88	اللباقة	من س 61 إلى س 66
0,88	الملموسية	من س 67 إلى س 72
0,92	النمط القيادي التحويلي	تأثير + حفز + استثارة + اعتبار
0,90	النمط القيادي التبادلي	مكافأة + إدارة بالاستثناء
0,88	جودة الخدمة الصحية	اعتمادية+استجابة+أمان+لباقة+ملموسية

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات SPSS.

سابعا: أساليب التحليل الإحصائي.

ستقوم الباحثة بإخضاع البيانات إلى عملية تحليل إحصائي باستخدام برنامج التحليل الإحصائي: (SPSS V:17) و ذلك من خلال الاعتماد على مجموعة التحاليل التالية:

1- الأساليب الوصفية: كخطوة أولى من أجل توصيف عينة البحث من خلال:

- الأعداد و النسب
- المتوسطات الحسابية
- الانحرافات المعيارية

2- <u>الأساليب التحليلية:</u> وهي لب البحث حيث ستقوم الباحثة باختبار الفرضيات ومحاولة إيجاد العلاقات السببية من خلال الاختبارات التالية:

- اختبار Kolmogorov-Smirnov من أجل معرفة إذا كانت متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي أم لا. ففي حالة إتباع المتغير التوزيع الطبيعي نقوم بتطبيق اختبارات معلميه، أما إذا لم يكن المتغير تتبع التوزيع الطبيعي فنطبق اختبارات لا معلميه.

- اختبار One Simple T-test: من أجل مقارنة أي متوسط مع قيمة محددة أو نظرية.

- الاختبارات المعلمية:

i. اختبار Independent Sample T-test : من أجل مقارنة متوسطي مجتمعين مستقلين.
ii. اختبار One way ANOVA : من أجل مقارنة متوسطات أكثر من مجتمعين مستقلين.
iii. اختبار Tukey : للمقارنات المتعددة.
iv. معامل الارتباط بيرسون Pearson : من أجل دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين المتغيرات.
v. تحليل الانحدار الخطي البسيط : من أجل تحديد البناء أو شكل العلاقة بين متغيرين.

- الاختبارات اللامعلمية:

i. اختبار Wilcoxon: الذي يُمكننا من معرفة ما إذا كانت هناك فروق معنوية بين متغيرين مستمرين بالنسبة لنفس أفراد العينة.
ii. اختبار مان-ويتني Mann-Whitney : من أجل مقارنة متوسطي مجتمعين مستقلين.
iii. اختبار كروسكل-ولاس Kruskal- wallis : من أجل مقارنة متوسطات أكثر من مجتمعين مستقلين.
vi. معامل الارتباط سبيرمان Spearman : من أجل دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين المتغيرات.

المبحث الثالث: الدراسات السابقة.

فيما يلي عرض لمجموعة من الدراسات السابقة العربية و الأجنبية حول كل من الأنماط القيادية و جودة الخدمة الصحية، قامت الباحثة بجمعها من عدة مصادر و هذه الدراسات هي:

أولا: الدراسات الخاصة بالأنماط القيادية.

الدراسة الأولى:

Author: Wei Liu and others.

Address: Matching leadership styles with employment modes:

strategic human resource management perspective.[1]

العنوان: مواءمة الأنماط القيادية مع مختلف أساليب العمالة: منظور إستراتيجي لإدارة الموارد البشرية.

الهدف: تهدف هذه الدراسة إلى إسقاط أبحاث الإدارة الإستراتيجية على مجال الموارد البشرية عن طريق دمج مفاهيم القيادة، من أجل تطوير نموذج متكامل يجمع بين مختلف أساليب الموظفين و نمط القيادة، الذي يتلاءم مع الأنماط القيادية و مستويات الموارد البشرية.

النتائج: توصلت الدراسة إلى اقتراح نموذج يربط بين أساليب القيادة: التحويلية، التفاعلية، التوجيهي و التشجيعي، بالأهداف الأساسية و الالتزامات الأخلاقية لأربعة أنماط مختلفة من العمالة.

1) استنادا إلى قدرات الموظفين فيما يتعلق بتصور الأهداف المشتركة، تطوير مستويات عالية من الثقة المتبادلة بين الموظفين، و تخفيف حدة الصراعات الممكنة، فإن أسلوب القيادة التحويلية يعتبر الأكثر فعالية في حالة التحالفات، في حالة استخدام رأس المال البشري من أجل الحصول على نتائج مشتركة.
2) أما بالنسبة لأسلوب القيادة التبادلية فيمكن إتباعه لتأكيد تبادل المنافع بين مختلف الأطراف، خاصة إذا كانت الشركة تتبع إستراتيجية التحالف من أجل قيادة التكلفة.

---

[1] W. Liu and others, Matching leadership styles with employment modes: strategic human resource management perspective, (Human Resource Management Review, 13, pp: 127–152), 2003.

الدراسة الثانية:

المؤلف: طلال عبد الملك الشريف.

العنوان: الأنماط القيادية و علاقتها بالأداء الوظيفي من وجهة نظر العاملين بإمارة مكة المكرمة.[1]

الهدف: التعرف على طبيعة العلاقة بين الأنماط القيادية و الأداء الوظيفي بإمارة منطقة مكة المكرمة.

النتائج: توصل الباحث إلى وجود عوامل و خصائص تؤدي إلى ارتفاع مستوى الأداء الوظيفي و أخرى تؤدي إلى انخفاض مستوى الأداء الوظيفي. بالإضافة إلى أنه هناك علاقة ارتباط دالة إحصائيا و موجبة بين نمط القيادة الديمقراطي و مستوى الأداء الوظيفي، في حين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية سلبية بين مستوى الأداء الوظيفي وكلل من نمط القيادة الحر و نمط القيادة الأوتوقراطي.

الدراسة الثالثة:

Author: Anders Skogstad & Stasle Einarsen

Address: The importance of a change-centered leadership style in four organizational cultures.[2]

العنوان: أهمية نمط القيادة الذي يركز على التغيير في أربعة ثقافات تنظيمية.

الهدف: تحديد أثر أسلوب القيادة الذي يركز على التغيير على الثقافة التنظيمية .

النتائج: توصل الباحث من خلال الدراسة الاستطلاعية إلى أن هناك دعم كبير لنمط القيادة الذي يركز على التغيير أكثر من الأساليب الأخرى للقيادة. بالإضافة إلى أن هناك علاقة ارتباط موجبة تم التوصل إليها -في عينة البحث- بين نمط القيادة الذي يركز على التغيير و الرضا الوظيفي ، و بين الالتزام

---

[1] طلال عبد الملك الشريف، **الأنماط القيادية و علاقتها بالأداء الوظيفي من وجهة نظر العاملين بإمارة مكة المكرمة**، (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا)، 2004.

[2] A. Skogstad & S. Einarsen, The importance of a change-centered leadership style in four organizational cultures, (Scandinavian Journal of Management, vol 15, pp 289- 306), 1999.

الوظيفي و تقييم قدرات القائد، و تكون هذه الارتباطات أقوى في الثقافة التنظيمية التطويرية، في حالة وجود درجة عالية من الالتزام التنظيمي.

الدراسة الرابعة:

المؤلف: محمود عبد العزيز الجمل.

العنوان: العلاقة بين خصائص القيادة الفعالة وبين الواقع والطموحات التنظيمية.[1]

الهدف: استهدفت هذه الدراسة تحديد الاختلافات بين الواقع و الطموحات التنظيمية و تحديد خصائص القيادة الفعالة، كما استهدفت الدراسة الكشف عن العلاقة بين خصائص القيادة الفعالة و الخصائص التنظيمية.

النتائج: أوضحت نتائج هذه الدراسة أن الطموحات التنظيمية تركز على بناء تنظيمات موجهة نحو الأداء، تهتم بالمستقبل وتتميز بالانضباط في إطار الاهتمام بالجانب الإنساني.

كما أوضحت نتائج الدراسة أن خصائص القيادة الفعالة ترتكز على القيم والخصائص الزعامية، وعلى التوجه نحو العمل كفريق، وعلى المشاركة، والتوجه الإنساني.

كما أنه يمكن القول بأن وجود علاقة بين خصائص القيادة الفعالة و بين الخصائص التنظيمية المرغوبة يعني إمكانية وجود تأثير متبادل فيما بينها. حيث يمكننا القبول بفكرة أن القادة الفعالين يساهمون في تحقق الخصائص التنظيمية المرغوبة، كما أن الخصائص التنظيمية المرغوبة تساهم في تواجد القادة الفعالين.

الدراسة الخامسة:

Author: Anoop Patiar & Lokman Mia

Address: Transformational leadership style, market competition and departmental performance: Evidence from luxury hotels in Australia.[1]

---

[1] محمود عبد العزيز الجمل، **العلاقة بين خصائص القيادة الفعالة وبين الواقع والطموحات التنظيمية**، (ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الرابع الريادة والإبداع: إستراتيجيات الأعمال في مواجهة تحديات العولمة، جامعة فيلادلفيا)، 2005.

العنوان: النمط القيادي التحويلي، منافسة السوق، والأداء الإداري : دليل للفنادق الفخمة في استراليا.

الهدف: دراسة العلاقة بين الأداء سواء كان ماليا (تحقيق الأرباح) أو غير مالي (تحقيق رضا الزبائن) لأقسام الفندق، وبين كل من منافسة السوق والنمط التحويلي.

النتائج: توصلت الدراسة إلى أن النمط التحويلي مرتبط بشكل ايجابي مع الأداء غير المالي للأقسام في الفندق، كما كان لديه ارتباط ايجابي مع الأداء المالي للأقسام. في حين لم تكن هناك علاقة بين منافسة السوق والأداء المالي وغير المالي للأقسام.

الدراسة السادسة:

Author: Paul E. Madlock

Address: The Link Between Leadership Style, Communicator Competence, and Employee Satisfaction.[2]

العنوان : العلاقة بين النمط القيادي، مهارات الاتصال، ورضا العاملين.

الهدف: اختبار تأثير مهارة الاتصال لدى المشرف والنمط القيادي على الرضا الوظيفي للعاملين ورضاهم عن الاتصال.

النتائج: توصلت هذه الدراسة إلى أن مهارات الاتصال لدى المشرف مفسرة ب68% باختلاف رضا العاملين عن الاتصال، وتقريبا ب 18% من الاختلاف في الرضا الوظيفي للعاملين. وهذه النتائج تبين أن هناك ارتباط بين الاتصال، القيادة، والرضا الوظيفي والرضا عن الاتصال من طرف العاملين.

[1] A. Patiar & L. Mia, Transformational leadership style, market competition and departmental performance: Evidence from luxury hotels in Australia, (International Journal of hospitality Management, 28, pp 254-262), 2009.

[2] P. E. Madlock, The Link Between Leadership Style, Communicator Competence, and Employee Satisfaction, 2008, www.ebsco.com.

ثانيا: الدراسات الخاصة بجودة الخدمة الصحية.

الدراسة الأولى:

Author: Z. Irani & Others.

Address: Total quality management and corporate culture: constructs of organizational excellence.[1]

العنوان: إدارة الجودة الشاملة و ثقافة الشركة: أسس الثقافة الجيدة.

الهدف: هذه الدراسة تناقش مفهوم ثقافة الشركة، و تضع هذا الأساس الاجتماعي ضمن إطار إدارة الجودة الشاملة، و تبرز العلاقة الموجودة بين الثقافة، الجودة، و تنافسية الشركة من خلال دراسة حالة.

النتائج: تؤكد هذه الدراسة على أهمية وجود ثقافة قوية للجودة الشاملة كعنصر رئيسي لتحسين تنافسية المنظمة، و ذلك من خلال توجيه نشاطات المنظمة نحو تلبية حاجات الزبائن، و هذا سيتطلب تغييرا في ثقافتهم التنظيمية. فالتركيز على الزبون المرتبط بخطة التحسين المستمر المدعمة بالإبداع، سيمكن المنظمة من بناء ثقافة تنظيمية قوية، يمكن من خلالها أن تحسن إيجابا من تنافسية المؤسسة و أدائها.

الدراسة الثانية:

Author: Lillian Y. Fok & Wing M. Fok & J. Hartman.

Address: Exploring the relationship between total quality management and information systems development.[2]

العنوان: استكشاف العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة و تطوير نظم المعلومات.

الهدف: دراسة العلاقات بين إدارة الجودة الشاملة في مرحلة النضج وتطوير نظم المعلومات.

[1] Z. Irani & Others, Total quality management and corporate culture: constructs of organizational excellence, (Technovation, 23, pp 1-8), 2003.

[2] - L. Y. Fok & Others, **Exploring the relationship between total quality management and information systems development**, (Information & Management, 38, pp 355-371), 2001 .

النتائج: ذكرت الدراسة ثلاثة أبعاد أو متغيرات لإدارة الجودة الشاملة: استخدام برامج إدارة الجودة الشاملة، التأثير أو الارتباط المدرك بالنسبة لقضايا إدارة الجودة الشاملة، وفهم مبادئ وتقنيات إدارة الجودة الشاملة.

كما تعتبر الدراسة أن المنظمات التي تتبنى بشكل كامل إدارة الجودة الشاملة ستختلف نظرتها نحو تطوير نظم المعلومات. نتائج هذه الدراسة تقترح أنه عندما يتم التبني الكامل لإدارة الجودة الشاملة سيكون هناك أثر هام على مجالات تطوير نظم المعلومات: نظام الأهداف، نظام تصميم المفاهيم، و الفرضيات الموضوعة من طرف محترفي نظم المعلومات المتعلقة بالثقافة التنظيمية.

الدراسة الثالثة:

Author: John Ovretveit.

Address: Total quality management in European healthcare.[1]

العنوان: إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأوروبي.

الهدف: تناقش هذه الدراسة الاختلافات بين قطاع الرعاية الصحية والصناعات الأخرى، وتدرس الفرص المستقبلية لبرامج إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأوروبي.

النتائج: أهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة من إدخال طرق الجودة هي:

1) الحاجة إلى رؤساء الأقسام من أجل قيادة الجودة وتطوير كفاءاتهم وتحفيزهم.
2) محاولة العمل مع المقاومة وعدم القضاء عليها من خلال التركيز على الحوار والتفهم، فهذه الخطوة تمكن من تبليغ مبادئ الجودة.
3) بالنسبة للمدراء: التوعية الخاصة بالجودة ليست كافية، فهم بحاجة لأن يقوموا بالتجارب، بالإضافة إلى الطرق المختلفة من المساعدة إذا كانوا بصدد تطبيق أفكار الجودة على الفريق و في يوميات العمل، فهم بحاجة للإدارة عبر الأمثلة.
4) بالنسبة للأطباء تدخلهم ضروري، كما هو مطلوب لهم تدريب خاص،و هذا من أجل الربط بين طرق الجودة مع البحوث الطبية التطبيقية.

[1] J. Ovretveit, **Total quality management in European healthcare**, (International Journal of Health Care Quality Assurance, 13, pp 74-79), 2000.

5) عدم الحاجة إلى تدريب الأشخاص الذين لا يشاركون في برامج الجودة، من غير التوعية العامة.
6) اعتماد الإدارة بالنتائج بالنسبة لمشاريع الجودة ذات الأهمية الإستراتيجية، من خلال الموازنة بين المدخل المركزي و اللامركزي.
7) عدم إهمال الخدمات ذات الإسهام القليل لمشاكل الجودة، فذلك قد يسهم في تعريض المرضى إلى أخطار غير ضرورية.
8) قلب و جوهر الجودة هو الحاجة إلى الالتزام بالقيم المهنية، فهذا يمكِن الأشخاص من استعمال و تطوير إمكانياتهم و يوقظ فيهم الرغبة و الاعتقاد بأنهم يستطيعون فعل الأشياء بطريقة أفضل.

الدراسة الرابعة:

المؤلف: سنان غالب المرهضي.

العنوان: العلاقة بين الرضا الوظيفي و جودة الخدمة الطبية.[1]

الهدف: التعرف على مستوى رضا المرضى عن جودة الخدمة المقدمة من طرف المنظمات عينة الدراسة، بالإضافة إلى التعرف على العوامل الأكثر تأثيرا في رضا العاملين.

النتائج: تبين من خلال الدراسة:

1) فشل المنظمات الصحية في تقديم خدمة ذات جودة عالية، أدى إلى زيادة طلب المستفيدين متيسري الحال على الخدمة خارج البلد.
2) زيادة إقبال المرضى على المنظمات عينة الدراسة لا يعني الرضا عن الخدمة و لكن غياب الخيارات الأخرى هو الذي أضطرهم إلى ذلك.
3) تواضع الجانب التقني في الخدمة الصحية يمكن أن يعوضه الجانب الإنساني لها.
4) الحوافز الممنوحة في المنظمات عينة الدراسة غير ملائمة ، و يجمع (تقريباً) أفراد عينة الدراسة على عدم الرضا عنها.

[1] سنان غالب المرهضي، **العلاقة بين الرضا الوظيفي و جودة الخدمة الطبية**، (ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الثاني للجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة)، 2006.

الدراسة الخامسة:

المؤلف: قاسم نايف علوان المحياوي و فتحية أبو بكر ادريس.

العنوان: استخدام نموذج الفجوات لقياس جودة الخدمات الصحية.[1]

الهدف: التحقق من مدى فاعليّة مقياس الفجوات الخمسة SERVQUAL في قياس جودة الخدمات الصحيّة ، وكذلك صلاحيته في تحديد أبعاد هذه الجودة.

النتائج: أثبتت الدراسة أنّ مقياس جودة الخدمات SERVQUAL والمستخدم في هذه الدراسة يتمتّع بالثبات والمصداقية في مجال قياس جودة الخدمات الصحية، حيث أنّ مقياس الفجوات الخمسة يعتبر طريقة مفيدة للحصول على معلومات مرتدّة من المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية التي يقدّمها المستشفى.

الدراسة السادسة:

المؤلف: وفيق حلمي الأغا.

العنوان: الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني.[2]

الهدف: بيان تكلفة الانتظار في صف الانتظار وتكلفة المدة الزمنية التي يقضيها المرضى في العيادات التخصصية قبل و بعد تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

النتائج: إن طول متوسط الانتظار قبل تطبيق مشروع الجودة الشاملة ينعكس سلبياً على حالة المريض الصحية كحدوث ارتفاع في نسبة السكر أو انخفاض فيها مما ينعكس سلباً على نتائج الفحص التي

---

[1] قاسم نايف علوان المحياوي و فتحية أبو بكر إدريس، **استخدام نموذج الفجوات لقياس جودة الخدمات الصحية،** (ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الثاني للجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة)، 2006.

[2] وفيق حلمي الأغا، **الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني،** (ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الثاني للجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة)، 2006.

يجريها المريض عند الممرض، وبالتالي يتلقى المريض إرشادات غير مناسبة لحالته الأصلية . تغير ذلك بعد تطبيق مشروع الجودة إلى الأفضل بنسبة تصل إلى 68%.

قبل تطبيق مشروع الجودة الشاملة كان المريض يشكو من قلة المدة الزمنية الواقعة بين وصول مريض وآخر إلى العيادة مما يؤدي إلى تكدس المرضى في العيادة، وبالتالي طول صف الانتظار مما يؤدي إلى وجود ضغط عمل على الممرض والطبيب، مما ينعكس على كفاءة تقديم الخدمة . تغير ذلك إلى الأفضل بعد تطبيق مشروع الجودة الشاملة إلى أكثر من62%.

الدراسة السابعة :

المؤلف: محمد طعامنة.

العنوان: إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي (حالة وزارة الصحة).[1]

الهدف: التعرف على مستوى الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للعاملين في وزارة الصحة بالإضافة، إلى مستوى تطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة، والوقوف على المعوقات التي تحول دون تطبيقها.

النتائج: توصلت الدراسة إلى أن هناك مستوى متوسط من الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين بوزارة الصحة، ونفس المستوى بالنسبة لتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة. أما بالنسبة للمعوقات فقد كان أهمها مقاومة العاملين، عدم وجود إستراتيجية واضحة لإدارة الجودة الشاملة، قلة التدريب، قلم مشاركة العاملين، وعدم وجود معايير لقياس الجودة.

ثالثا: الدراسات التي تربط بين الأنماط القيادية و الجودة.

الدراسة الأولى:

Author: Benjamin Osayawe Ehigie & Regina Clement Akpan.

Address: Roles of perceived leadership styles and rewards in the practice of total quality management.[2]

العنوان: دور كل من أنماط القيادة المدركة و المكافآت على تطبيقات إدارة الجودة الشاملة.

[1] محمد طعامنة، **إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي(حالة وزارة الصحة)**، (أبحاث اليرموك: سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (1023-0165)، 2001.

[2] B. O. Ehigie and R. C. Akpan, **Roles of perceived leadership styles and rewards in the practice of total quality management**, (The Leadership & Organization Development Journal, . 25, 1, pp 24-40), 2004.

الهدف: تهدف الدراسة إلى معرفة مدى تأثير كل من نمط القيادة والمكافآت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، بالنسبة لمجموعتين من المنظمات إحداها تقوم تطبيق إدارة الجودة الشاملة والأخرى لا تقوم بتطبيقها.

النتائج: توصلت الدراسة إلى توليفتين مثاليتين لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وهي مكافآت عالية مع نمط قيادة ذو اهتمام ضعيف بالموظفين، و مكافآت ضعيفة مع نمط قيادة ذو اهتمام عالي بالموظفين. أي أن الموظفين الذين يدركون نمط قيادي ذو أداء منخفض يكونون أكثر قابلية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة من الموظفين الذي يدركون نمط القيادة ذو الأداء المرتفع.

الدراسة الثانية:

المؤلف: محمود عباس بشير العلاق.

العنوان: قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر فعال على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية.[1]

الهدف: التعرف على تقييم المرضى المنتفعين من خدمات المختبرات الطبية و مراكز الأشعة في الأردن لمستوى جودة هذه الخدمات، سواء من ناحية توقعاتهم أو إدراكهم لمستوى جودة الخدمات المقدمة لهم من قبل هذه المختبرات و المراكز. بالإضافة إلى اختبار صحة مقياس جودة الخدمة الذي يقترحه نموذج الفجوة.

النتائج: فيما يتعلق بتقييم المرضى المنتفعين من الخدمات المقدمة من قبل المختبرات الطبية و مراكز الأشعة في الأردن لمستوى الأداء الفعلي لهذه الخدمات التي تم الحصول عليها كان إيجابيا، وبالتالي فإن الجودة الفعلية لهذه الخدمات كانت مرتفعة. أما بالنسبة لاختبار صحة مقياس الفجوة فإنه يوجد اختلاف واضح بين نتائج قياس جودة الخدمات على أساس مقياس الجودة الفعلية وبين نتائج قياس جودة الخدمات على أساس نموذج الفجوة.

كما أن الدراسة توصلت إلى أن المرضى المنتفعين من الخدمات التي تقدمها المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن متفقون بالإجماع تقريبا على أن جودة الخدمة التي يدركونها ويتوقعونها تعكس

[1] محمود عباس بشير العلاق، **قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر فعال على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية**، بحث مقدم إلى جامعة الزيتونة الأردنية، **2000**.

الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المختبر الطبي أو مركز الأشعة الذي تعاملوا معه أو ذلك الذي يرغبون بالتعامل معه.

الدراسة الثالثة :

Author: Greta G. Cummings & Others,

Address: Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review.[1]

العنوان: أنماط القيادة وأشكال العوائد بالنسبة للطاقم التمريضي وبيئة العمل: مراجعة منهجية.

الهدف: دراسة العلاقة بين مختلف الأنماط القيادية وبين العائدات من الطاقم التمريضي وبين بيئة العمل.

النتائج: توصلت هذه الدراسة إلى أن الأنماط القيادية التي تركز على إتمام المهام فقط غير كافية من أجل تحقيق أعلى العوائد للطاقم التمريضي، بينما الأنماط التي تركز على الأفراد والعلاقات كالنمط التحويلي فهي تساعد على تحسين رضا الطاقم التمريضي والاحتفاظ به، بالإضافة إلى تحسين بيئة العمل في المنظمات الصحية.

الدراسة الرابعة :

Author: Kathleen L. McFadden.

Address: The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes.[2]

---

[1] G. G. Cummings & Others, **Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review**, (International Journal of Nursing Studies, 47, pp 363-385), 2010.

[2] K. L. McFadden & Others, The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes, (ELSEVIER, Journal of Operations Management, 27, pp 390-404), 2009.

العنوان: مفهوم سلسلة سلامة المرضى: اثر القيادة التحويلية في ثقافة سلامة المرضى، المبادرات، والنتائج.

الهدف: تطوير واختبار نموذج لتحسين سلامة المرضى، بالاعتماد على نظرية الثقة التامة في المنظمة الصحية، النموذج المتعدد للقيادة، وإدارة الجودة الشاملة.

النتائج: توصلت هذه الدراسة إلى أن تحسين سلامة المرضى ينطلق في المستويات العليا للمنظمة الصحية مع النمط التحويلي، الذي يوفر ثقافة للسلامة من خلالها يتم تبني الأسس التي تبنى عليها سلامة المرضى. وهذا يؤدي إلى تحسينات ايجابية في نتائج إتباع نموذج سلامة المرضى. كما توصلت الدراسة من خلال دراسة ل 200 مستشفى إلى تحديد نموذج هيكلي يقوم بتزويد المستشفيات بدعم تجريبي لتفعيل نموذج سلسلة سلامة المرضى.

الدراسة الخامسة :

Author: Baraka Kunzle & Others.

Address: Ensuring Patient safety through effective leadership behavior: A literature review.[1]

العنوان: ضمان سلامة المريض من خلال سلوك القيادة الفعال: مراجعة للأدبيات.

الهدف: تقديم مراجعة منهجية لنتائج الاستراتيجيات الفعالة في الفرق الحرجة للعناية الصحية. كما تهدف إلى فهم أفضل للعوامل المؤثرة على السلوك القيادي والتي تؤثر في المقابل على نتائج هذه الفرق.

النتائج: بينت نتائج هذه الدراسة أن القادة الفاعلين يلعبون دورا محوريا في تحفيز أداء الفريق وبالتالي سلامة المرضى. كما أن القيادة الفعالة تتميز بسلوك واضح وشفاف يتكيف مع كل من متطلبات الموقف، ومع الصفات المشتركة بين أعضاء الفريق.

[1] B. Kunzle, ensuring patient safety through effective leadership behavior: A literature review, (ELSEVIER, Safety Science, 48, pp 1-17) , 2010.

رابعا: أهم النتائج التي يمكن تلخيصها من هذه الدراسات.

1- تقوم الأنماط القيادية بالتأثير إيجابا على مناخ العمل من خلال تعزيز إمكانيات التعلم، و خلق جو يساعد على العمل الجماعي.

2- تختلف الأنماط القيادية المتبعة من طرف المنظمة حسب طبيعة أو قدرات العاملين.

3- يؤثر نمط القيادة المتبع في المنظمة على مستوى أداء الفرد، فكل من التفاعل بين القادة و المرؤوسين و الحوافز الممنوحة سواء المادية أو المعنوية، بالإضافة إلى المشاركة في اتخاذ القرار تساهم في رفع أداء الفرد.

4- يؤثر نمط القيادة على التطوير التنظيمي من خلال فتح المجال أمام الأفراد بعرض اقتراحاتهم و تقبلها، و بالتالي سعيهم إلى تطوير منظمتهم من خلال إحساسهم أن قيادة المنظمة مهتمة بهم.

5- أجمعت جميع الدراسات الخاصة بالأنماط القيادية على أن النمط القيادي المتبع له عدة تأثيرات على مختلف المستويات بالنسبة للعاملين و المناخ التنظيمي ... مما يدفع الباحثة إلى التطرق إلى أحد هذه التأثيرات الذي نعتقد أنه جوهري بالنسبة للمؤسسات الخدمية و هو جودة الخدمة الصحية.

6- إن تطبيق الجودة يتطلب وجود ثقافة داعمة لها.

7- تحسين الجودة يؤدي إلى رفع تنافسية المنظمة.

تختلف أبعاد الجودة حسب الزاوية التي ينظر بها إلى جودة الخدمة: من طرف مقدم الخدمة و من طرف المستفيد من الخدمة، و بين هذين تقع فجوة جودة الخدمة.

8- إن تبني مدخل الجودة سيؤثر إيجابا على تبني المنظمة لأساليب تطويرية في مجال التكنولوجيا.

9- إن تبني مدخل الجودة الشاملة سيولد الحاجة إلى قيادة خاصة تتولى القيام بمختلف التغييرات اللازمة، محاولة التعامل مع المقاومة التي قد تظهر، تحديد نوع الحوافز الذي يتماشى و سياسة الجودة، مع التركيز على الالتزام بالقيم المهنية.

بالنسبة للخدمة الصحية فان تواضع الجانب التقني في تقديم الخدمة قد يعوضه الجانب الإنساني في تقديمها.

10- التركيز على أهمية الحوافز بالنسبة لمقدمي الخدمة الصحية.

11- تطبيق إدارة الجودة الشاملة سيؤدي إلى تقليل وقت الانتظار مما يؤدي إلى زيادة رضا المستفيد من الخدمة الصحية.

خامسا: الفوائد المستخلصة من تلك الدراسات.

إن الفوائد التي يمكن استخلاصها من هذه الدراسات و التي يمكن أن تقدم فائدة للبحث المراد إجراؤه هي:

1- للأنماط القيادية تأثير كبير على العاملين هذا سيؤدي إلى تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال توفير كل من: مناخ العمل المناسب، الاتصالات الخاصة بالجودة، تامين التدريب، و وضع نظام للمكافآت و الحوافز يتلاءم و طبيعة الخدمة.

2- يؤدي تحسين الجودة إلى رفع تنافسية المنظمة.

3- من خلال دراسة (Wei Liu and others, 2003) فإنه تم التطرق إلى أربعة أنماط قيادية: و هي القيادة التحويلية، القيادة التبادلية، القيادة التوجيهية، و القيادة التشجيعية. حيث أن كل نمط من هذه الأنماط يلائم توجهات أو قدرات العاملين. غير أننا نقتصر في دراستنا على النمطين التبادلي والتحويلي.

4- أما بالنسبة لدراسة (طلال عبد الملك الشريف، 2004) فإنها تدرس جانبا مهما من تأثيرات نمط القيادة و هو مستوى أداء الفرد، فقد جاءت لتأكد أن اختلاف نمط القيادة يؤثر إما إيجابا أو سلبا على الأداء الوظيفي، و هذا ما سيؤدي بالنهاية إلى تحسين جودة المنتج أو الخدمة، و هذا ما سنحاول التركيز عليه من خلال هذه الدراسة.

5- تعتبر الثقافة التنظيمية من أحدث المفاهيم الإدارية فقد عرفت اهتماما كبيرا من طرف الباحثين، ففي دراسة (Anders Skogstad & Stasle Einarsen, 1999) المتمحوره حول أثر أسلوب القيادة على الثقافة التنظيمية، أهم ما توصل إليه الباحث هو أن أسلوب القيادة الذي يركز على التغيير

يكون أكثر فاعلية فيما يتعلق بتحقيق الرضا الوظيفي، و ذلك من خلال ما يترتب عن التغيير من خلق جو مناسب للإبداع و التطوير، و بالتالي فإن ذلك سيؤثر إيجابا على جودة المنتج أو الخدمة المقدمة. و هنا جاءت الدراسة (Z. Irani & A. Beskese & P.E.D. Love,2003) لتأكيد هذا الأخير، فالجودة تتطلب ثقافة قوية ترتكز على التحسين المستمر و الإبداع. و من هنا ظهرت الحاجة إلى الربط بين كل من نمط القيادة و جودة الخدمة و ذلك من خلال الثقافة التنظيمية التي تعتبر من بين متطلبات تحقيق الجودة و التي تتأثر بنمط القيادة.

6- عرف قطاع الصحة الأوروبي تطورا فيما يتعلق بتطبيق الجودة الشاملة، و قد كشفت دراسة (John Ovretveit, 2000) عن النقاط التي توصلت إليها التجربة الأوروبية من خلال تطبيقها للجودة الشاملة، و التي أهمها: الحاجة إلى قيادة لمشروع الجودة مع الحرص على تقديم كل من التدريب و التكوين اللازمين. و هنا نلتقي مع الدراسة التي تريد الباحثة إجراءها من خلال التعرف على الأنماط القيادية في المؤسسات الصحية.

7- كما تطرقت دراسة (سنان غالب المرهضي، 2006) إلى أحد أهم العوامل التي تؤثر بشكل مباشر على جودة الخدمة الطبية و هي الرضا الوظيفي، و لا يتأتى ذلك دون وجود قيادة فعالة تقوم بتحديد سبل الوصول إلى تحقيق الرضا الوظيفي.

9- أما دراسة (العلاق محمود عباس بشير، 2000) فإنها أوردت أبعاد الخدمة التي هي: الإستجابة، الاعتمادية' الضمان، الدليل المادي، و التعاطف مع العملاء. و تعتبر هذه الأبعاد اختصارا للكثير من الأبعاد التي حددها الكثير من الباحثين لجودة الخدمة، و هذه الأبعاد سوف تقوم الباحثة بالاعتماد عليها من أجل قياس جودة الخدمة الصحية. غير أن هذه الدراسة ركزت على تقييم المرضى لمستوى جودة هذه الخدمات بدون التطرق إلى أثر الأنماط القيادية عليها. و هذا ما ستقوم الباحثة باستكماله في الدراسة المقترحة.

10- ركزت دراسة (Greta G. Cummings & Others :2010) على أن النمط القيادي التحويلي يساعد على تحسين رضا الطاقم التمريضي واستثماره بأحسن شكل، كما يساعد على تحسين بيئة العمل في المستويات. أما هذه الدراسة فستقوم بإتمام هذا التأثير لتصل إلى اثر النمط التحويلي على جودة الخدمة التي يقدمها الطاقم التمريضي.

11- من بين أبعاد جودة الخدمة الصحية الأمان أو سلامة المريض حيث جاءت دراسة (Kathleen L. McFadden : 2009) لتفسر هذا المفهوم. وتوصلت إلى أن هذه السلامة عبارة عن مجموعة من العوامل المتصلة تبدأ بالسلوك القيادي التحويلي الذي يوفر الثقافة التي تدعم الاهتمام بسلامة المرضى. غير أننا في هذه الدراسة سنتطرق إلى تأثير النمط القيادي التحويلي على كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية.

12- فيما يتعلق أيضا ببعد السلامة جاءت دراسة (Baraka Kunzle & Others : 2010) للتأكد أن النمط القيادي يؤثر على هذه البعد. فقد أكدت أن الوضوح والشفافية هم الأصل في تعامل القائد مع الأتباع من أجل حث الفرق في المستشفيات على ضمان سلامة المريض.

تختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في طبيعة المتغيرات فليس هنالك دراسة قامت بالربط بين الأنماط القيادية (التبادلي والتحويلي) وبين أبعاد جودة الخدمة الصحية.

الفصل الثاني: القيادة الإدارية.

عُرِفت القيادة منذ القدم فقد كان القادة يتداولون على مر العصور، فالقيادة مثلها مثل مصطلح الديمقراطية أو السلام، فكل واحد منا يدرك معناه، إلا أن هذه المصطلحات لها مدلولات مختلفة بين الناس. ومن أجل التوصل إلى الفهم والإلمام بمختلف جوانب القيادة، قيدناها بالجانب الإداري، فبعد التطور الذي شهده مجال الإدارة، اتجهت الأبحاث نحو تفسير القيادة في مجال الإدارة، وبهذا الشأن ظهرت العديد من النظريات التي ساهمت في فهمنا للقيادة الإدارية، في سبيل الوصول إلى النمط القيادي الفعال الذي يتواءم وقدرات الأتباع بالإضافة إلى متغيرات الموقف القيادي. فالقيادة هي موجهة المنظمة نحو أهدافها من أجل الوصول إلى الرؤية التي تصورتها.

ومنه يضم الفصل الثاني تعريفًا للمتغيرات المستقلة للدراسة بصفة خاصة وبالمفاهيم المتعلقة بها بصفة عامة.

حيث سيكون المبحث الأول مخصصاً للتعرف على أدبيات القيادة من تعاريف مختلفة للقيادة الإدارية، المبحث الثاني يتناول النظريات المفسرة للقيادة التي تحتوي على الأنماط القيادية التي جاءت بها كل نظرية. أما المبحث الثالث يضم المهارات المختلفة التي يجب توافرها لدى القائد الإداري. إلى أن نصل إلى المبحث الأخير المتعلق بالأنماط القيادية التي هي لب هذه الدراسة، فسنتعرف أولا على الأنماط القيادية التقليدية وسوف نقتصر على الأكثر شيوعاً منها، بعدما كنا قد عرجنا على لمحة لجميع الأنماط التي جاءت بها النظريات القيادية. بينما نتعرف على الأنماط الحديثة في القيادة التي تمثل المتغيرات المستقلة للدراسة.

المبحث الأول: ماهية القيادة الإدارية.

تعد القيادة من أهم العناصر في العملية الإدارية و ذلك لما تحتله من أهمية في توجيه مسار المنظمة، خاصة أن المنظمات تنشط في بيئة تتسم بالتغيير والتطور والتعقيد وتزايد المشكلات وهذا ما يتطلب قيادة فاعلة من أجل مواجهة هذه التغيرات. ومن أجل التوصل إلى تعريف محدد للقيادة الإدارية فإننا سنتناول أولا مفهوم القيادة، الفرق بينها وبين الإدارة، وأخيرا التوصل إلى تعريف القيادة الإدارية.

أولا: القيادة.

القيادة لغة مشتقة من الفعل قاد أي سار في المقدمة،[1] أما Leadership فهي كلمة يونانية الأصل مشتقة من الفعل "Agere": يفعل أو يقوم بمهمة ما[2]، فالقيادة علم قديم، حديث، متطور، يتضمن مجموعة من المهارات والأساليب التي من شأنها أن تجعل القائد في أي مجال ناجحا؛ فقد ارتبطت القيادة قديما بالجانب العسكري، وفي هذا الإطار عرّفت على أنها علاقة قوة بين القائد و الأتباع، فالقادة لديهم القوة التي يستخدمونها للتأثير في الأتباع.[3] كما عرفها محمد حسنين العجمي على أنها: فن معاملة لطبيعة البشرية أو فن التأثير في السلوك البشري لتوجيه جماعة من الناس نحو هدف معين بطريقة تتضمن طاعتهم وثقتهم وتعاونهم، فهي فن تعديل السلوك ليسير في الإتجاه المرغوب. فالقيادة ظاهرة نلمسها في مختلف الميادين،[4] غير أنها أصبحت حاليا و بعد تغير المعطيات العالمية مقترنة بمجال الإدارة، فما هو الفرق بينهما؟

ثانيا: الفرق بين القيادة والإدارة.

القيادة شبيهة بالإدارة من جوانب عديدة، فوظائف الإدارة بمثابة أنشطة تنسجم مع تعريف القيادة من خلال التأثير، العمل مع الآخرين وجمعهم ليعملوا سويا من أجل تحقيق هدف مشترك، كما أن الإدارة توجه المنظمات والأفراد ليعملوا من أجل إنجاز غايات المنظمة.[5]

ويقول كوتر Kotter في كتابه الذي قارن فيه بين وظائف الإدارة والقيادة : أن وظائف الإدارة ووظائف القيادة ليست متشابهة تماما، فالوظيفة المهيمنة للإدارة هي توفير النظام والإتساق للمنظمات، غير أن الوظيفة الأساسية للقيادة هي التغيير والحركة. [6]

ويمكن ايجاز الإختلافات بين وظائف الإدارة والقيادة في الجدول رقم 4.

---

[1] محمد أكرم العدلوني وآخرون، **القيادة في القرن الحادي والعشرين**، الرياض، قرطبة للإنتاج الفني، 2000، ص 17.
[2] هايل عبد المولى طشطوش، **أساسيات في القيادة والإدارة: النموذج الإسلامي في القيادة و الإدارة**، إربد، دار الكندي، 2009، ص 20.
[3] بيتر ج. نورث هاوس، **القيادة الإدارية: النظرية و التطبيق**، الرياض، معهد الإدارة العامة، 2006، ص 20.
[4] محمد حسنين العجمي، **الاتجاهات الحديثة في القيادة الإدارية والتنمية البشرية**، عمان، دار المسيرة، 2008، ص 62، 63.
[5] قاسم بن عائل الحربي، **القيادة التربوية الحديثة**، عمان، الجنادرية للنشر والتوزيع، 2008، ص 24.
[6] بيتر ج. نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 26.

الجدول رقم 5: الاختلافات بين الإدارة والقيادة من حيث الأنشطة الرئيسية.

الأنشطة الرئيسية	**القيادة**	**الإدارة**
التخطيط	تركز على التوجهات، بناء الرؤية المستقبلية، وضع الإستراتيجية لإحداث التغيرات التنظيمية المطلوبة.	تركز على انجاز برامج تفصيلية، وضع جداول زمنية، توفير الموارد الضرورية من أجل تحقيق الأهداف التنظيمية.
التنظيم	يتخذ التنظيم و التوظيف شكل التواصل للرؤية مع الأتباع لبعث التزامهم، والعمل معهم لبناء الفرق والتحالفات الإيجابية لتحقيق الرؤية.	تركز على إيجاد الهيكل التنظيمي المناسب لعمل الأفراد وعلاقاتهم في المنظمة.
الرقابة	تؤكد على تحفيز الأفراد و تشجيعهم ومساندتهم وتمكينهم لتلبية احتياجاتهم التي لم يتم تحقيقها.	تركز على تطوير أنظمة الحوافز لتشجيع القوة العاملة، ومراقبة التقدم نحو الأهداف واتخاذ الإجراءات التصحيحية.

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على المرجع: بيتر ج. نورث هاوس، **القيادة الإدارية: النظرية و التطبيق**، الرياض، معهد الإدارة العامة، 2006، ص 26، 27.

من خلال الجدول السابق يمكن التوصل إلى أن القيادة تعني التحرر أكثر من الإدارة فيما يتعلق بالقيود التنظيمية والإدارية في إطار التوصل إلى الأهداف والغايات، وهذا ما يؤكده الجدول التالي: حيث يبين أن القائد يختلف عن المدير في مدى تحرره من جمود القيود التنظيمية أو الإدارية، بينما المدير تقيده هذه التنظيمات.

ويمكن ايراد الإختلافات بين المدير والقائد في الجدول رقم 2.

الجدول رقم 6 : الاختلافات بين القائد والمدير.

القائد	المدير
يخلق ظروف التغيير يسعى وراء التغيير	يجعل التغيير يحدث يسعى وراء النظام
يفعل الأشياء الصحيحة	يفعل الأشياء بشكل صحيح
يسعى إلى ركوب المخاطر	يسعى الى كبح المخاطر
يتحكم إلى العقل والعاطفة معا	يتحكم إلى العقل أكثر من العاطفة
ملهم ذو توجه روحي وعاطفي	مفكر ذو توجه عقلاني واقعي
قادر على الابتكار وتوليد الأفكار	مثابر وجاد في العمل ويركز على التطبيق

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على المرجعين:

- ماكس لاندزبيرغ، **أدوات القيادة**، الرياض، مكتبة العبيكان، 2003، ص 55.
- صالح مهدي محسن العامر وآخرون، **الإدارة والأعمال**، عمان، دار وائل، 2008، ص 459.

كما أضاف Stephen P. Robbins أن القادة يختلفون عن المدراء من حيث: التحفيز، طرق الاتصال والعمل. فالقادة يقومون بطرق التحفيز الايجابية أكثر من السلبية، كما أن لديه اتصالات جيدة مع الأتباع، بالإضافة إلى انه يقوم بحث الأتباع على انجاز العمل عن طريق طرق التحفيز الايجابية، دون اللجوء إلى طرق التهديد.[1]

على الرغم من وجود فروق بين القيادة والإدارة إلا أنه يوجد قدر كبير من التداخل بينهما، فعندما يقوم المدير بالتأثير في مجموعة معينة لتحقيق الأهداف فإنه يمارس القيادة، وعندما يشترك القائد بالتخطيط والتنظيم والرقابة فإنه يمارس الإدارة. فكلتا العمليتين تتضمن التأثير في مجموعة من الأفراد نحو تحقيق الهدف.[2]

فليس في استطاعة كل مدير أن يكون قائدا حتى ولو كان في مركز القيادة، كما أنه ليس شرطا أن يكون القائد الناجح مديرا ناجحا، ولكن المؤكد أن المدير الناجح يجب أن يكون قائدا ناجحا لأن القيادة هي أساس لنجاح العملية الإدارية، وهذا يؤكد على وجود علاقة قوية بين القيادة والإدارة.[3]

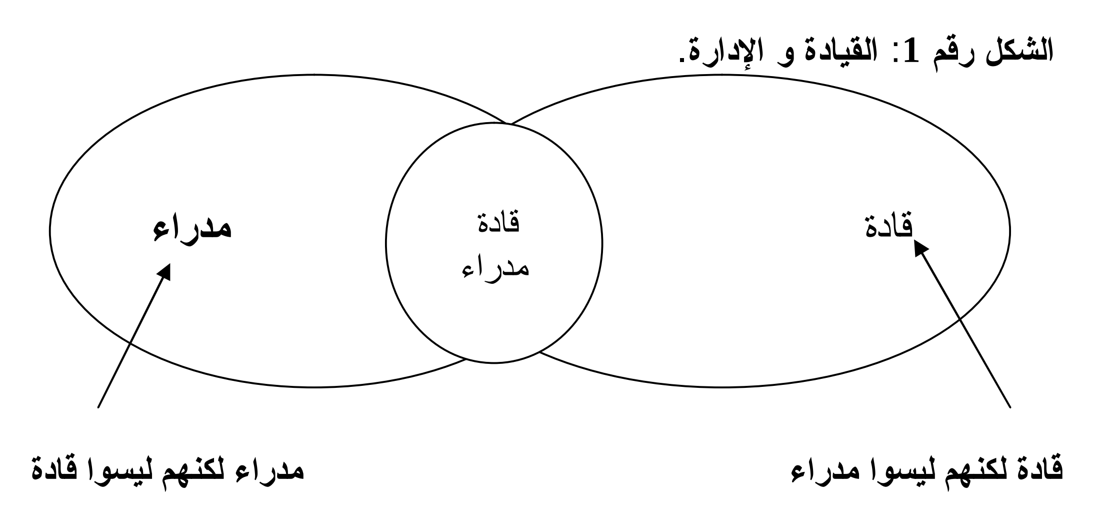
1 S. P. Robbins, **Organizational Behavior**, New Jersey, Prentice-hall International, 1996, p 413.

[2] بيتر ج. نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 28.

[3] سلامة عبد العظيم حسين و آخرون، **الذكاء الوجداني للقيادة التربوية**، الإسكندرية، دار الوفاء، 2006، ص 101.

وبالتالي فإننا سنركز في بحثنا على الجزء المشترك بين القيادة والإدارة وهو القيادة الإدارية. كما هو مبين في الشكل التالي.

الشكل رقم 1: القيادة و الإدارة.



المصدر: قاسم بن عائل الحربي، **القيادة التربوية الحديثة**، عمان، الجنادرية للنشر و التوزيع، 2008، ص 25.

ثالثا: مفهوم القيادة الإدارية.

تباينت تعاريف القيادة الإدارية بين الباحثين و المهتمين بالعلوم الإدارية تبعا لنوع الدراسة وبيئة المنظمة، إذ تناول بعض الباحثين القيادة من زاوية الخصائص أو الصفات الشخصية للقائد، في حين تناولها البعض الآخر من ناحية استخدامه للسلطة، بينما اهتم البعض الآخر بمجالات القدرات و المهارات الفنية للقائد.[1] و تبعا لذلك تعددت تعاريف القيادة الإدارية، و التي نذكر منها مايلي:

- عرفها نواف كنعان على أنها عملية التأثير التي يمارسها القائد في أتباعه ووسائله في ذلك، من أجل توجيه الأتباع وتوحيد جهودهم وتنشيطهم من أجل تحقيق الأهداف الإدارية.[2]
- عرفها محمد ديماس على أنها تحول جماعة الأتباع التي لا شكل لها إلى جماعة منتجة خلاقة، فهي الذكاء والإدارة والثبات، وبدونها لا تكون الجماعة إلا أفرادا متفرقين، فهي التنسيق بين الطاقات المبددة والمتفرقة... إلا أنها لا تصنعها.[3]
- عرفها تيد Tead على أنها إئتلاف مجموعة سمات تمكن الفرد من حمل الآخرين على إتباع توجيهات مطلوبة لبلوغ الأهداف.[4]

[1] وصفي الهزايمة، **القيادة و إدارة الأزمات التربوية**، إربد، عالم الكتاب الحديث، 2004، ص 13.
[2] نواف كنعان، **القيادة الإدارية**، عمان، مكتبة دار الثقافة، 1995، ص 99.
[3] محمد ديماس، **فنون القيادة المتميزة**، بيروت، دار ابن حزم، 2000، ص 13.
[4] محمود سلمان العميان، **السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال**، عمان، دار وائل، 2008، ص 258.

- كما عرفها إبراهيم يوسف الضامن على أنها منهج عمل يهدف إلى التأثير في الآخرين، وهي مهارة يمكن اكتسابها عن طريق التدريب، وخوض التجارب والوقوع بالأخطاء وتصويبها.[1]
- أما ليكرت فيرى أن القيادة هي قدرة الفرد على التأثير في شخص أو جماعة وتوجيههم وإرشادهم لنيل تعاونهم وحفزهم للعمل بأعلى درجة من الكفاءة من أجل تحقيق الأهداف المرسومة.[2]
- كما تم تعريفها على أنها القدرة على التأثير في الأفراد من أجل استخراج أفضل ما يمكنهم أداؤه.[3]
- كما عرفها باس Bass على أنها العملية التي يتم عن طريقها إثارة اهتمام الآخرين و إطلاق طاقاتهم وتوجيهها نحو الاتجاه المرغوب.[4]
- أما هالبين Halpin فقد نظر إلى القيادة على أنها ظاهرة اجتماعية معقدة لا يمكن التعامل معها بطريقة هادفة بمعزل عن العوامل الموقفية المتصلة بها، لذلك يفضل استخدام تعبير سلوك قيادي بدل التركيز على ظاهرة القيادة.[5]

رغم أن التعاريف السابقة لا تتطابق إلا أنها تشترك في **عناصر** لا بد من توفرها لتعريف القيادة الإدارية وهي:

- القائد: وهو الشخص الذي يجب أن يتحلى بمجموعة من السمات والمهارات التي تؤهله لقيادة الجماعة مثل مستوى الذكاء المهارات الفنية و الإدراكية الذكاء العاطفي...[6]
- الأتباع: فهم المحيط الذي تنشأ فيه القيادة، بحيث يكون لديهم هدف مشترك لتحقيقه.[7]
- التأثير: هو السلوك الذي يتخذه القائد و يستطيع من خلاله تغيير سلوك أو موقف أو مشاعر الأتباع، ويمكن التأثير بواسطة السلطة الرسمية التي يستمدها القائد من مكانته في التنظيم كسلطة منح المكافأة، و تسليط العقاب، أو التأثير بواسطة السلطة غير الرسمية و نجد منها التأثير المبني على الخبرة أو المهارة أو المعرفة أو قوة الإعجاب التي تربط الأتباع بالقائد و تشدهم نحوه.[8]
- هدف مشترك يراد تحقيقه من خلال العملية القيادية.[9]

---

[1] ابراهيم يوسف الضامن، **القيادة**، عمان، دون ناشر، 2004، ص 8.
[2] معن محمود عياصرة و آخرون، **القيادة والرقابة والإتصال الإداري**، عمان، دار الحامد، 2008، ص 139.
[3] www.leadershipdecombat.com.
[4] محمد حسنين العجمي، مرجع سبق ذكره، ص 57.
[5] ماهر محمد صالح حسن، **القيادة: أساسيات ونظريات ومفاهيم**، عمان، دار الكندي، 2004، ص 19.
[6] المرجع السابق مباشرة، ص 23.
[7] محمد حسنين العجمي، مرجع سبق ذكره، ص 58.
[8] محمود سلمان العميان، مرجع سبق ذكره، ص 259.
[9] بيتر ج. نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 21.

- الموقف: الذي يمارس فيه الأتباع أعمالهم: من خلال تحديد أبعاد الموقف كطبيعة المهام ومدى روتينيتها، وإعطائها أوزانا معينة من أجل التوصل إلى منظور يعبر عن الملامح العامة للموقف.[1]

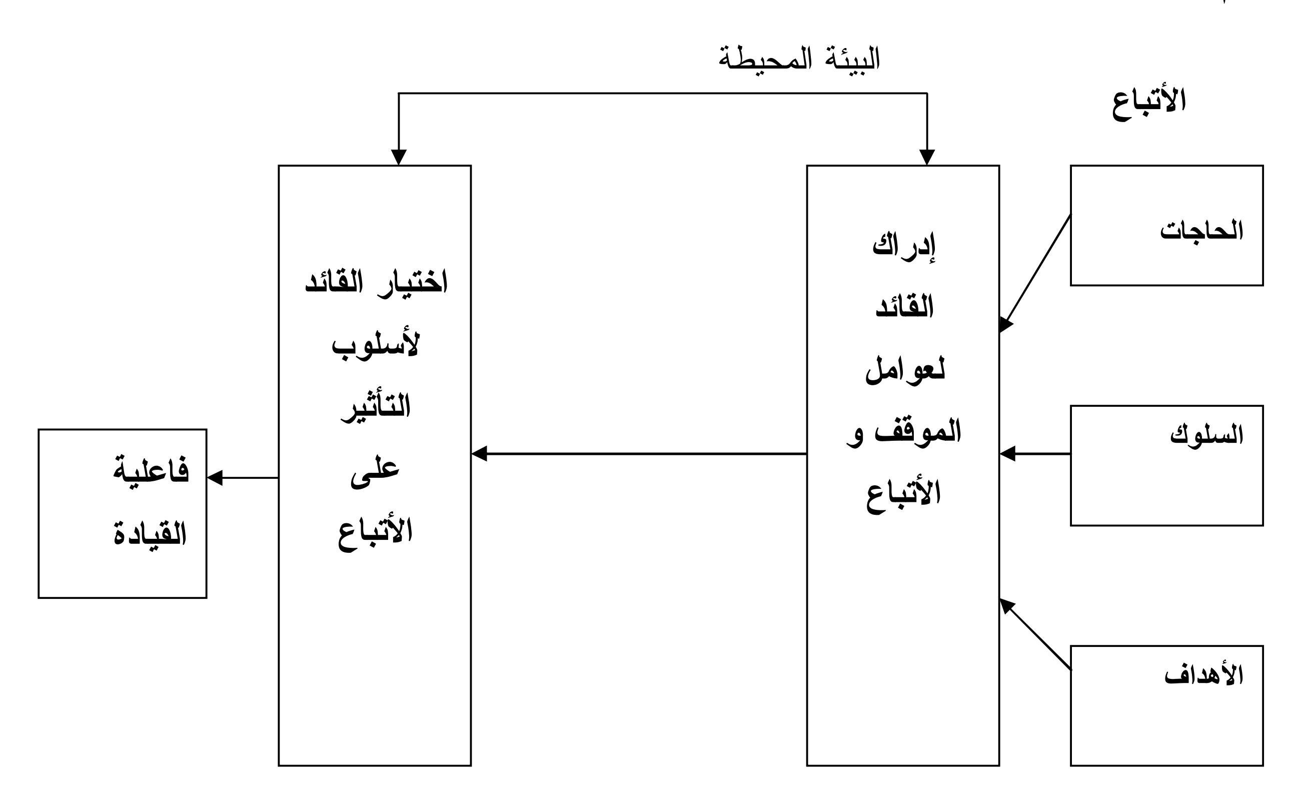
من خلال العناصر السابقة يمكن التوصل إلى تحديد دالة القيادة الإدارية :

القيادة الإدارية = تفاعل (قائد + أتباع + أهداف + تأثير + موقف)

من خلال ما سبق يمكن أن تستخلص الباحثة التعريف التالي للقيادة الإدارية : القيادة الإدارية هي عملية تأثير شخص في مجموعة من الأشخاص من أجل تحقيق هدف مشترك في ظل متغيرات موقف معين.

والشكل رقم 2 يلخص مختلف متغيرات عملية القيادة.

الشكل رقم 2: عملية القيادة.



المصدر : من إعداد الطالبة إعتمادا على: محمد الصيرفي، **القيادة الإدارية والإبداعية**، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، 2007، ص 129.

[1] ماهر محمد صالح حسن، مرجع سبق ذكره، ص 24.

من خلال الشكل نلاحظ أن القائد الإداري يجب أن يدرك حاجات، سلوكيات، أهداف الأتباع بالإضافة إلى عوامل الموقف التي تتأتى من البيئة المحيطة. وهذا كل يؤدي إلى اختيار الأسلوب القيادي الفعال ضمن هذه الظروف.

المبحث الثاني: نظريات القيادة الإدارية.

لقد ساهم تطور الفكر الإداري في تطور نظريات القيادة التي حاولت تحديد خصائص القائد الإداري الناجح و السلوك الذي يجب عليه القيام به، وقد مرت هذه النظريات عبر تطورات عديدة تبعا للتطورات العامة في الفكر الإداري وتعقد العملية الإدارية، وبالتالي تعددت النظريات والنماذج التي توصل إليها الباحثون حول نظريات القيادة. و فيما يلي عرض لهذه النظريات.

أولا: نظرية الرجل العظيم: Great man Theory

ترى هذه النظرية أن تطور الشعوب يعود إلى أفراد ولدوا بمواهب ومؤهلات غير عادية. فهي تنطلق من فرضية أن القائد الإداري شخص من ذوي المواهب المتميزة، فهو يتميز بمهارات ومواهب فائقة لا تتكرر في الآخرين إلا بنسبة ضئيلة، فهي صفات موروثة وليست مكتسبة وبالتالي فإن القائد يولد موهوبا في القيادة.[1]

ومن أشهر مؤيدي هذه النظرية جالتون Galton الذي أورد العديد من البيانات والإحصائيات التي تثبت صحتها. إلا أن هذه النظرية لم تحظ بقبول واسع، للقول بأنها أقرب إلى الفن منها إلى العلم.[2] وذلك يعود إلى كونها لا تحدد لنا صفات الرجل العظيم، وإن حددتها فإنها تختلف من مجتمع لآخر، فالقادة الذين نجحوا في قيادة شعوبهم في بعض الحالات لم ينجحوا في قيادة شعوب أخرى، فقد أهملت هذه النظرية العوامل الأخرى كطبيعة الظروف و المواقف المتغيرة، وخصائص الأتباع.[3]

ثانيا: نظريات السمات: Traits Theories

جاءت هذه النظرية كامتداد للنظرية السابقة من أجل الكشف عن السمات المشتركة للقادة الناجحين، فهي تفترض أن فاعلية القيادة تتحدد بتوافر خصائص وسمات معينة، وتركزت الدراسات حول اكتشاف هذه السمات عبر القرن العشرين بأكمله، إلا أن ثمة مراجعات متميزة لهذا المدخل من خلال الدراسات المسحية التالية:[4]

1- دراسة ستوجديل Stogdill عامي 1948 و 1974: ففي الدراسة الأولى سنة 1948 قام ستوجديل بتحليل أكثر من 124 دراسة للسمات القيادية التي أجريت بين عامي 1904- 1947: وقد توصل من خلال هذه المراجعة إلى أن الفرد لا يصبح قائدا وحده بسبب امتلاكه لسمات معينة، بل لان

---

[1] طارق عبد الحميد البدري، **الأساليب القيادية والإدارية في المؤسسات التعليمية**، عمان، دار الفكر، 2001، ص 56.
[2] حسين عثمان محمد عثمان، **أصول على الإدارة العامة**، بيروت، منشورات الحلبي، 2007، ص 391.
[3] رافدة عمر الحريري، **اعداد القيادات الإدارية لمدارس المستقبل في ضوء الجودة الشاملة**، عمان، دار الفكر، 2007، ص 126.
[4] بيتر ج.نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 37.

السمات التي يمتلكها القادة يجب أن تكون ذات علاقة بالمواقف التي يواجهونها، وأظهرت النتائج أن القيادة ليست حالة كامنة بالضرورة، وإنما تنتج من خلال العلاقة العملية بين القائد والأتباع. وقد مثل هذا البحث بداية مدخل جديد للبحوث القيادية التي ركزت على السلوكيات القيادية والمواقف.

بينما قام في الدراسة الأخرى سنة 1974 بتحليل 163 دراسة تم إجراؤها بين عامي 1948-1970: وقام بمقارنة النتائج بالدراسة الأولى التي قام بها، حيث كانت هذه الدراسة أكثر توازنا: حيث أن القيادة تحددها العوامل الشخصية والعوامل الموقفية: فقد أكدت هذه الدراسة على أن السمات القيادية جزء لا يتجزأ من القيادة.

حدد ستوجديل في كلتا دراستيه السمات الايجابية ذات العلاقة بالقيادة، والجدول التالي يعدد هذه السمات.

2- دراسة مان Mann عام 1959: قام فيها بفحص أكثر من 1400 نتيجة فيما يتعلق بالشخصية والقيادة في المجموعات الصغيرة. لكنه ركز بشكل اقل على كيفية تأثير العوامل الشخصية على القيادة. حيث توصل إلى أن السمات الشخصية تفيد في التفريق بين القائد وغيره. والجدول رقم 7 يبين هذه السمات الشخصية.

3- دراسة لورد و آخرون Lord & Others : قاما فيها بإعادة تقويم النتائج التي توصل إليها مان سنة 1959، مستخدمين أسلوبا تحليليا متطورا يسمى Meta-Analysis ، واكتشف لورد وزملاؤه أن الذكاء والصفات الذكورية والسيطرة كانت تتعلق بدرجة كبيرة بكيفية تصور التابعين للقادة. وتوصل الباحثون إلى أن السمات الشخصية يمكن أن تستخدم للتمييز بين القادة وغيرهم.

4- مراجعة كيركباتريك و لوك Kirkpatrick & Lock عام 1991: التي تشدد على أهمية سمات القيادة: حيث توصل الباحثان إلى أن القادة ليسوا كغيرهم من الأفراد من خلال تحليل نوعي لأحدى البحوث السابقة. وان خصائص القيادة تجعل بعض الناس مختلفين عن الآخرين، وانه يجب الإقرار بهذا الاختلاف باعتباره جزءا ضروريا من عملية القيادة.

يمكن تلخيص النتائج التي توصلت إليها دراسات نظرية السمات في الجدول رقم 7، حيث تم ترتيب السمات الشخصية حسب الأهمية.

الجدول رقم 7: الدراسات المتعلقة بالسمات والخصائص القيادية.

ستوجديل Stogdill 1948	مــان Mann 1959	ستوجديل Stogdill 1974	لورد، ديفادر، أليجر Lord & DeVader & Alliger 1986	كيركباتريك، لوك Kirkpatrick& Locke 1991
- الذكاء - اليقظة - البصيرة - المسؤولية - المبادرة - المثابرة - الثقة بالنفس - الاجتماعية	- الذكاء - الذكورية - التوافق - الهيمنة - الاهتمام بما هو خارج الذات - المحافظة	- الانجاز - المثابرة - الرؤية - المبادرة - الثقة بالنفس -المسؤولية - التعاون - التسامح - التأثير -الاجتماعية	- الذكاء - الذكورية - الهيمنة	- الدافع - الدافعية -الاستقامة - الثقة - القدرة المعرفية - المعرفة العلمية

المصدر: بيتر ج. نورث هاوس، **القيادة الإدارية**: **النظرية و التطبيق**، الرياض، معهد الإدارة العامـــة، 2006، ص 38.

الجدول السابق يزود قادة المستقبل بالسمات التي يتوجب عليهم امتلاكها أو تنميتهـــا إذا أرادوا التعامل مع الآخرين على أنهم قادة.

رغم الدراسات الكثيرة المتعلقة بنظريات السمات إلا أنها تعرضت للنقد إذ:

- لم تأخذ بعين الاعتبار متغيرات الموقف مثلما ذكر ستوجديل: أنه من الصعب عزل مجموعـــة من السمات عن تأثير الموقف.
- لم تحدد قائمة بالسمات القيادية المطلوب توافرها في القادة.[1]
- أنها فشلت في ربط تلك السمات بمخرجات القيادة (تأثيرها على الأتباع وعمل الجماعة).[2]

ثالثا: نظريات السلوك: Behavior Theories

بينما ركزت نظريات السمات على الخصائص الشخصية للقائد تركز نظريات الســلوك أو مــدخل الأسلوب كما يسميه البعض على سلوك القائد: من خلال أفعاله وتصرفاته نحو الأتبـــاع فـــي ظـــروف مختلفة، وقد أجريت دراسات استقصائية عديدة للبحث في نظرية السلوك، غير أن الدراسات التي قـــام بها كل من: جامعتي ولايتي أوهايو و ميتشيغان و بليك وموتون تمثل بقوة الأفكار التي طرحـــت هـــذه النظرية.[3]

[1] سنان الموسوي، **الإدارة المعاصرة: الأصول والتطبيقات**، عمان، دار مجدلاوي، 2004، ص 187.
[2] بيتر ج. نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 59.
[3] المرجع السابق مباشرة، ص 59.

1- دراسات جامعة أوهايو: كما أن هناك من يسميها نظرية البعدين، قام مجموعة من الباحثين في جامعة أوهايو لفترة زمنية طويلة (في أواخر الأربعينات من القرن الماضي) بإجراء أبحاث مكثفة في موضوع القيادة،[1] حيث تركز الاهتمام حول سلوك القائد من وجهة نظر الأتباع. ومن خلال التحليلات الإحصائية المتقدمة، تمكنوا من تحديد بعدين لسلوك القيادة هما:[2]

- القيادة من خلال هيكل العمل (الهياكل). Initiating Structure : هو النمط الذي يتبعه القائد من خلال تحديده للإجراءات والقواعد والأساليب التي سيطبقها على الأتباع، وكذا الأنشطة والمهام المطلوب انجازها من خلالهم.

- القيادة من خلال الاعتبارات الإنسانية (الاعتبارات) Consideration : يقوم هذه النمط على احترام مشاعر وأحاسيس الأتباع، ويهتم القائد بالروح المعنوية العالية للأتباع، مع إعطائهم الحرية الكافية للتعبير عن آرائهم، وينمي فيهم الاستعداد نحو الابتكار.

أثبتت هذه الدراسات أن سلوك القائد يمكن أن يجمع بين البعدين بدرجات متفاوتة – كما هو مبين في الشكل رقم 3 - من خلال تخطيط الأنشطة وتوزيع العمل والرقابة عليها، بالإضافة إلى تنمية جو من الصداقة و الثقة بين القائد والأتباع واحترام أفكارهم ومشاعرهم، وهذا يؤدي إلى تحقيق الرضا والإنجاز الجماعي للأتباع.[3]

---

[1] صالح مهدي محسن العامري آخرون، مرجع سبق ذكره، ص 467.

[2] طارق طه، **السلوك التنظيمي في بيئة العولمة و الانترنت**، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة، 2007، ص 231.

[3] سنان الموسوي، مرجع سبق ذكره، ص 191.

الشكل رقم 3: مصفوفة أوهايو للقيادة.

	هيكلة العمل: عالي	هيكلة العمل: منخفض
الإعتبارات عالي	اهتمام عالي بهيكلة العمل وكذلك بالإعتبارات (مشاعر الأتباع). يلجأ القائد إلى موازنة بين انجاز الأعمال و العلاقات الطيبة وبناء فرق العمل.	اهتمام منخفض بهيكلة العمل و عالي بالإعتبارات. اهتمام باشباع حاجات الأتباع الإجتماعية من قبل القائد و بناء فرق العمل.
الإعتبارات منخفض	اهتمام عالي بهيكلة العمل ومنخفض بالإعتبارات. هنا يوجه القائد اهتمامه للعمل و انجازه، أما الإعتبارات الشخصية فلها أهمية قليلة.	اهتمام منخفض بكل من هيكلة العمل و بالإعتبارات. دور سلبي واهتمام بالمصلحة الذاتية للقائد.

المصدر: صالح مهدي محسن العامري وآخرون، **الإدارة والأعمال**، عمان، دار وائل، 2008، ص 467 .

من ملاحظة الجدول أعلاه فان الأسلوب المستهدف هو الذي يحقق التوازن بين الاهتمام العالي بكل من هيكلة المهام والاهتمام بالأتباع. فهذا القائد يستطيع تحقيق عوائد ايجابية للمنظمة وللأتباع.

2- دراسات جامعة ميتشغان: ركزت هذه الدراسات على غرار الدراسة السابقة على الاهتمام بتأثير سلوكيات القادة في أداء المجموعات الصغيرة، وقد توصلت هذه الدراسات إلى نوعين من سلوكيات القادة هما:[1]

- السلوك القيادي الموجه بالعمل Job-centered Behavior : هو سلوك القائد الذي يؤكد على الجوانب الفنية والإنتاجية للعمل. فهو ينظر إلى الأتباع على أنهم وسيلة لانجاز العمل.

- السلوك القيادي الموجه بالأتباع Employee-centered Behavior : يصف سلوك القائد الذي يتعامل مع الأتباع من منطلق العلاقات الإنسانية، فهو يقدر فرديتهم، ويولي اهتماما خاصا بحاجاتهم الشخصية.

وفي إطار هذه الدراسات تم بحث هذين الأسلوبين بتعمق، وتم افتراض أن سلوك القائد الذي يركز على الأتباع بشكل عام أكثر فاعلية من الأسلوب الآخر: إذ أن القادة الذين يعتمدون سلوكا يركز على العمل يولون اهتماما عاليا لكيفية أداء العمل من قبل الأتباع وتوضيح إجراءات العمل. أما القادة الذين يتبعون سلوكا يركز على الأتباع فإنهم يطورون فرق العمل ويهتمون بالرضا الوظيفي.[2]

[1] بيتر ج. نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 61.
[2] صالح مهدي محسن العامري وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 466.

3- دراسة ليكرت: من بين باحثي جامعة ميتشغان استطاع ليكرت التمييز بين أربعة أنظمة للقيادة أطلق عليها التسميات التالية:[1]

- النظام الإستشاري: يتميز بالثقة المتبادلة بين القائد والأتباع كما يستمع لمقترحاتهم.

- النظام الجماعي المشارك: يتميز بثقة مطلقة بين القائد والأتباع كما يكون هناك تشاور في إطار تبادل الآراء والمعلومات.

- النظام التسلطي الإستغلالي: انعدام الثقة بين القائد والأتباع والتحفيز يكون بالقوة والإكراه.

- النظام المركزي النفعي: أقل مركزية من النظام السابق حيث يسمح القائد في أحيان نادرة للأتباع بالمساهمة في عملية اتخاذ القرار، لكن بإشراف صارم من قبله.

4- نظرية الشبكة الإدارية (القيادية) Managerial Grill Theory.

ظهرت أول مرة في أوائل الستينات من القرن العشرين على يد الباحثين بليك وموتون Jane Robert Blake & Mouton اللذان طوراها لوصف الأنماط القيادية وفق بعدين أساسين هما الأتباع والإنتاج، وتربط الشبكة الإدارية بين الإهتمام بالإنتاج والإهتمام بالأتباع في النموذج الموضح في الشكل رقم 4. حيث تم التوصل إلى خمسة أساليب قيادية هي:

- الإدارة المتسلطة (1،9): يكون التركيز على الإنتاج على حساب الأتباع الذين يتم النظر إليهم على أنهم أدوات لتحقيق الأهداف. ولا يتم التواصل معهم إلا لإعطاء التعليمات عن الأداء. وينظر إلى هذا القائد على انه متحكم وقيادته صعبة لاستخدامه السلطة بشكل مفرط.

- إدارة النادي الاجتماعي (9،1): يقوم هذا الأسلوب على اهتمام قليل بتحقيق المهام مع اهتمام عال بالعلاقات بين الأتباع، وذلك من خلال التركيز على اتجاهات الأتباع ومشاعرهم، وتلبية حاجاتهم المختلفة، وبالتالي محاولة إيجاد مناخ ايجابي للعمل.

- الإدارة الفقيرة (1،1): يتصف أسلوب هذا القائد بعدم الاهتمام بعلاقات العمل والعلاقات بين الأشخاص. وهذا النوع من القادة لديه الشعور بكونه قائدا، لكنه انسحابي وعديم التدخل، وغالبا ما يكون لديه اتصال ضعيف بالأتباع، الذين هم بدورهم لا يبدون أي اهتمام أو التزام.

- إدارة منتصف الطريق (5،5): يحاول القائد التوفيق بين الاهتمام بالعمل والأتباع، وإيجاد التوازن من خلال تجنب الصراع، ومحاولة تحقيق الوسطية وإدارة الاختلاف، كما قد يتجاهل قناعاته من أجل تحقيق التقدم.

- إدارة الفريق (9،9): يركز القائد على كل من العمل والعلاقات مع الأتباع بشكل قوي، وهو يشجع وجود درجة عالية من المشاركة والعمل كفريق مع تلبية الحاجات الأساسية للأتباع حتى يشاركوا ويلتزموا بعملهم.

[1] بشير علاق، **أسس الإدارة الحديثة**، عمان، دار اليازوري، 1999، ص 278، 277.

فهو يحفز على المشاركة، يتصرف بحزم، يطرح القضايا للنقاش المفتوح، يجعل الأولويات واضحة، يتصرف بعقل متفتح.[1]

الشكل رقم4: نموذج الشبكة الإدارية.

مرتفع

1.9

9.9

إدارة النادي الاجتماعي: الاهتمام بإحتياجات الموظفين والعلاقات، وتؤدي إلى جو ودي ومريح في المنظمة.

إدارة الفريق: تحقيق العمل يتم من خلال موظفين ملتزمين والإعتماد المتبادل من خلال مصلحة مشتركة في المنظمة يؤدي إلى علاقة ثقة واحترام

5.5

الإهتمام بالأتباع

إدارة منتصف الطريق: أداء المنظمة المناسب ممكن تحقيقه من خلال التوازن في إنجاز الأعمال الضرورية مع الحفاظ على الروح المعنوية لدى الموظفين على مستوى مرض.

الإدارة الفقيرة: بذل مجهود أقل لتحقيق العمل المطلوب ، يعد مناسبا للحفاظ على عضوية المنظمة.

الإدارة المتسلطة: الكفاءة في العمليات تنتج من ترتيب ظروف العمل بطريقة تتدخل فيها العناصر الإنسانية بدرجة محدودة.

منخفض

1.1

9.1

منخفض الإهتمام بالإنتاج مرتفع

المصدر: بيتر ج. نورث هاوس، **القيادة الإدارية: النظريه و التطبيق**، الرياض، معهد الإدارة العامة، 2006، ص 65.

[1] بيتر ج. نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص64، 65.

رغم أن هذه النظرية قدمت اسهامات ايجابية لفهمنا لعملية القيادة إلا أن الباحثين لم يتمكنوا من إيجاد علاقة بين سلوكي العمل والعلاقات وبين النتائج مثل الرضا الوظيفي والإنتاجية[1]، كما أنها أهملت دراسة المتغيرات الأخرى كطبيعة الموقف. [2]

رابعا: النظريات الموقفية Contingency Theories.

يقول أصحاب هذه النظرية ومؤيدوها بأن الفاعلية القيادية لا يمكن أن تعزى إلى نمط قيادي محدد، فالموقف الذي يتواجد فيه القائد هو الذي يحدد النمط القيادي الفعال. من هذه النظريات والنماذج نذكر:

1- النموذج الشرطي لفيدلر Fred Fiedler : يعد نموذج فيدلر أول محاولة جادة لإدخال متغيرات الموقف في إطار نظري؛ يفترض وجود تفاعل بين هذه المتغيرات وخصائص القائد، حيث أشار فيدلر أن فاعلية القيادة أو إنجاز المجموعة يعتمد على التوافق بين شخصية القائد وثلاثة متغيرات في الموقف هي:[3]

- العلاقة بين القائد والأتباع: التي تعبر عن مدى قبول الأتباع لقائدهم وهذا يعتبر أقوى المتغيرات.
- مدى وضوح مهام العمل والواجبات الملقاة على عاتق الأتباع: وهذا يشير إلى درجة الروتين في العمل.
- درجة قوة مركز القائد: التي تشير إلى درجة تأثير القائد أي السلطة الرسمية للقائد.

توصل فيدلر أنه ليس هناك أسلوب قيادي واحد ناجح في كل المواقف، وسر نجاح فاعلية القيادة في كل المواقف هو أن يكون القائد مرنا في استخدام مختلف أساليب القيادة،[4] والشكل رقم 5 يوضح ذلك.

نظرية فيدلر بصياغتها السابقة لا تمكننا من الوثوق كثيرا في الفروض التي قدمتها، مثلا: كيف يمكن أن يكون نمط القيادة ملائما لموقفين متضادين: حالة التحكم الموقفي المرتفع وحالة التحكم الموقفي المنخفض.[5] (أنظر الشكل رقم 5)

---

[1] المرجع السابق مباشرة، ص 69.
[2] حسين حريم، **السلوك التنظيمي: سلوك الأفراد في المنظمات**، عمان، دار زهران، 1997، ص 279.
[3] سنان الموسوي، مرجع سبق ذكره، ص 194.
[4] المرجع السابق مباشرة، ص 195.
[5] طارق طه، مرجع سبق ذكره، ص 247.

الشكل رقم 5: النموذج الشرطي لفيدلر.

المتغيرات الموقفية

علاقة القائد بالأتباع جيدة	**جيدة**	**جيدة**	**جيدة**	**جيدة**	**ضعيفة**	**ضعيفة**	**ضعيفة**	**ضعيفة**
هيكل المهام	**مرتفع**	**مرتفع**	**منخفض**	**منخفض**	**مرتفع**	**مرتفع**	**منخفض**	**منخفض**
قوة المركز	**قوي**	**ضعيف**	**قوي**	**ضعيف**	**قوي**	**ضعيف**	**قوي**	**ضعيف**
التحكم الموقفي	مرتفع جدا							منخفض جدا
نمط القيادة المفضل	**T**	**T**	**T**	**R**	**R**	**R**	**T**	**T**

T **نمط قيادة موجه بالمهام**

R **نمط قيادة موجه بالعلاقات**

المصدر: طارق طه، **السلوك التنظيمي**: **في بيئة العولمـــة والأنترنـــت**، الإســـكندرية، دار الجامعـــة الجديدة، 2007، ص 244.

2- النموذج الثلاثي الأبعاد لريدن Reddin Model: سعى ريدن للتوفيق بين الشبكة الإدارية وبـــين نموذج فيدلر، من خلال نموذجه المكون من الأبعاد التالية:[1]

- الإهتمام بالعمل والمهام.
- الإهتمام بالعلاقات مع الأتباع.
- بعد الفاعلية.

ركز ريدن في تحليله على معرفة متى تكون الأنماط القيادية فعالة ؟ وعلى دور الموقــف الإداري كعامل مؤثر في تحديد فعالية القيادة الإدارية، وخلص إلى أن أي نمط قيادي مستخدم في موقف ملائـــم

[1] عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، **الإدارة: الأصول العلمية والتوجهات المستقبلية**، المنصورة، المكتبة العصرية، 2006، ص 426.

يكون أكثر فاعلية مما لو استخدم في مواقف غير ملائمة . وخرج ريدن من هذا التحليل إلى أن الفعالية الإدارية للقائد الإداري تنتج من ملاءمة النمط القيادي للموقف الإداري الذي يستخدم فيه.[1]

3- نموذج فروم وياتون Victor Vroom & Philip Yetton : كما يعرف بمخطط عملية صنع القرار الذي يبين فيه الباحثان خمسة أساليب لصنع القرار، تعتمد على الوضع الذي يمكن تحديده من خلال الإجابة عن أسئلة تتعلق ب : نوعية المشكلة، كفاية المعلومات، هيكلة المشكلة، أهمية قبول القرار من قبل الأتباع، مدى قبولهم للقرار الذي يصنعه القائد بنفسه، مدى مشاركة الأتباع في تحقيق أهداف المنظمة عند حل المشكلة واحتمال أن يتسبب الحل الأمثل في نزاعات بين الأتباع.

أما الأساليب الخمسة لصنع القرار هي:[2]

- يصنع القرار لوحده.
- يصنع القرار لوحده بعد الحصول على المعلومات من الأتباع.
- يصنع القرار لوحده بعد أن يسمع وجهات نظر الأتباع فرادى.
- يصنع القرار لوحده بعد أن يسمع وجهات نظر الأتباع جماعة.
- يصنع القرار بشكل جماعي مشارك.

ما أخذ على هذا النموذج أنه أهمل متغيرات الموقف مثل خصائص الأتباع، كما أنه لم يبين كيفية تحقيق معياري جودة القرار أو قبول الأتباع.[3]

رغم أن هذا النموذج اخذ بعين الاعتبار العديد من المتغيرات، إلا أن الباحثة ترى انه لا يعد نموذجا قياديا. لان القائد لا يقوم فقط باتخاذ القرارات بل هو يقوم بعملية التأثير في الأتباع، واتخاذ القرارات يعد جزءا من هذه العملية.

4- نموذج دورة حياة القيادة: تم تطوير هذا النموذج من قبل الباحثين بول هيرسي وكنيث بلانشارد Kenneth Blanchard, Paul Hersey حيث يقوم على أساس قدرة القائد على تعديل أسلوبه القيادي بناءا على جاهزية واستعداد الأتباع لأداء مهامهم من حيث توفر الخبرة، والرغبة لإنجاز العمل، ومدى إمكانية الاطمئنان لقدراتهم وقابليتهم للأداء.[4]

ركز هذا النموذج بشكل خاص على الأتباع، حيث يتوجب على القادة معرفة أتباعهم لتكييف سلوكهم مع قدرات أتباعهم المتغيرة باستمرار، مما يتطلب من القائد إعادة النظر بالمواقف من فترة لأخرى واختيار الأسلوب المناسب،[5] من بين الأساليب المبينة في الشكل رقم6.

[1] صلاح الدين عبد الباقي، **مبادئ السلوك التنظيمي**، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2005، ص 232، 233.
[2] زيد منير عبوي، **القيادة ودورها في العملية الإدارية**، عمان، دار البداية، 2007، ص 45.
[3] الصالح جيلح، **أثر القيادة الإدارية على أداء العاملين**، (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية)، 2006، ص 67.
[4] صالح مهدي محسن العامري وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 473.
[5] حسين حريم، مرجع سبق ذكره، ص 288.

الشكل رقم 6: مضمون نظرية هيرسي وبلانشارد.



المصدر: صالح مهدي محسن العامري وآخرون، **الإدارة والأعمال**، عمان، دار وائل، 2008، ص 473.

فإذا كانت الجاهزية منخفضة فان القائد يتبع أسلوب إصدار الأوامر Telling بطريقة صريحة ومحددة ودقيقة لما يجب عمله بالضبط. أما إذا كانت جاهزية الأتباع متوسطة فان أسلوب البيع Selling هو الأفضل إذ أن الأتباع يتصفون بنقص في المهارات والقابليات ولكن لديهم الرغبة بالعمل، هنا يجب على القائد تفسير قراراته وتوضيحها من أجل إقناعهم. أما إذا كانت جاهزية الأتباع عالية فان أسلوب المشاركة Participating يكون أكثر فاعلية لان الأتباع لديهم الخبرة والقابلية فيحتاجون إلى بعض التوجيه من قبل القائد. وعندما تكون جاهزية العاملين عالية جدا فان أسلوب التفويض Delegating هو الأصلح للاستعداد العالي من طرف الأتباع لتحمل المسؤولية.[1]

كانت نظرية هيرسي وبلانشارد أكثر تفصيلا من النماذج السابقة فيما يتعلق بمواءمة النمط القيادي لمتغيرات الموقف القيادي

5- نظرية مسار الهدف Path-Goal Theory: لروبرت هاوس ومارتن ايفانز Robert House & Martin Evans. ظهرت هذه النظرية لأول مرة في أدبيات القيادة في أوائل السبعينات من القرن العشرين، وكان الهدف الأساس لها هو تعزيز أداء الأتباع وإرضاؤهم من خلال التركيز على الحوافز[2]، على أساس نظرية التوقع للدافعية. فالقيادة تولد الدافعية حين تزيد عدد وأنواع العائدات التي يتلقاها الأتباع من أعمالهم، كما أن القائد الفعال هو الذي يوضح المسارات التي يتمكن من خلالها الأتباع تحقيق الأهداف التنظيمية، فهو يجعل المسار إلى تحقيق الهدف واضحا وسهلا من خلال

---

[1] صالح مهدي محسن العامري وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 474.
[2] بيتر ج.نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 135.

التدريب والتوجيه، حين يزيل العقبات والعوائق لتحقيق الهدف، ولأجل ذلك يجب أن يكون القائد مرنــا حسب الموقف الذي يتواجد فيه.[1]

ويعتقد هاوس أن القادة يجب أن يكونوا مرنين ويتحركوا ضمن أربعة أنماط قيادية:[2]

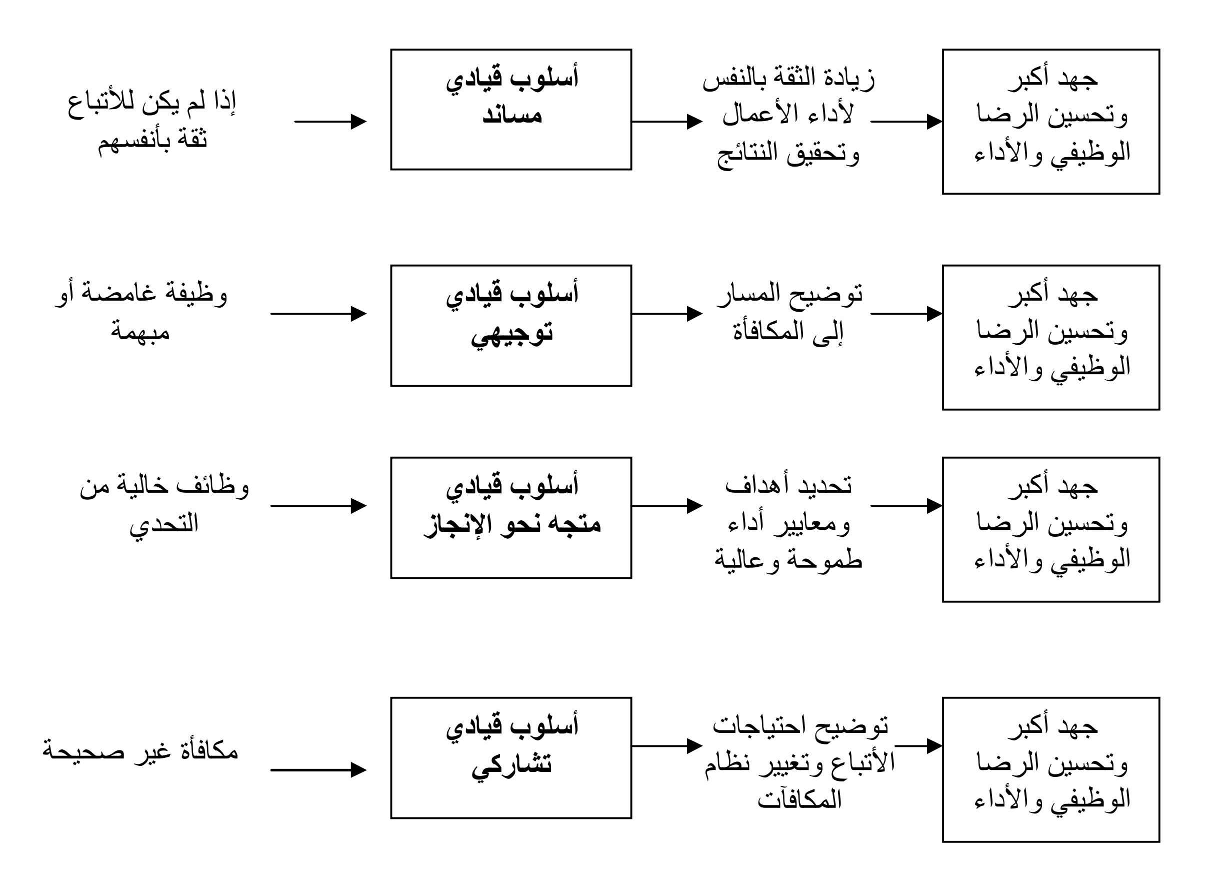
- قيادة توجيهية: يقوم القائد بإبلاغ الأتباع عما يجب عمله وكيفية القيام به ومتى.
- قيادة مساندة: يظهر القائد صداقته للأتباع واهتمامه بهم وعطفه عليهم.
- قيادة مشاركة: يشرك القائد مرؤوسيه باتخاذ القرارات ويقبل اقتراحاتهم.
- قيادة إنجازية: يقوم القائد بتحديد أهداف مثيرة ويظهر مدى ثقته بالأتباع في تحقيقها.

وفي إطار هذه النظرية يفترض استخدام الأسلوب القيادي المناسب للموقف مع تجنب حصول أعمــال أو سلوكيات زائدة. والشكل رقم 7 يوضح مضمون النظرية.

تعرضت هذه النظرية للنقد فهي معقدة وتضم العديد من الجوانب القيادية التي قد يكون من الصــعب أن نوظفها جميعا في وقت واحد لاختيار الأسلوب القيادي المناسب. كما أن هذه النظرية تضع الكثيــر من المسؤولية على القائد والقليل منها على الأتباع، وبالتالي قد يصبح الأتباع بسهولة معتمــدين علــى القائد.[3]

[1] طارق طه مرجع سبق ذكره، ص 254.
[2] سنان الموسوي، مرجع سبق ذكره، ص 195، 196.
[3] بيتر ج. نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 142، 143.

الشكل رقم 7: مضمون نظرية المسار -الهدف.



المصدر: صالح مهدي محسن العامري وآخرون، **الإدارة والأعمال**، عمـــان، دار وائـــل، 2008، ص 475.

خامسا: النظرية التفاعلية: Interactional Theory

تقوم هذه النظرية على عملية التفاعل الإجتماعي بين ثلاثة أبعاد هي:[1]

- السمات الشخصية للقائد.
- عناصر الموقف.
- خصائص الجماعة.

فقد كانت النظريات السابقة تتعامل مع القيادة على أنها شيء يقوم به القائد نحو جميع الأتبـــاع، أي أن القيادة هي تأثير القائد في الأتباع، غير أن هذه النظرية جاءت بمنظور جديد هـــو أن القيـــادة هـــي علاقة تأثير متبادلة بين القائد والأتباع.[2]

---

[1] صلاح الدين عبد الباقي، مرجع سبق ذكره، ص 234.
[2] بيتر ج. نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 161.

إذ أن القيادة هي عملية التكامل بين هذه الأبعاد، وهي بذلك تجمع بين النظريات السابقة. فهي ترى أن القيادة هي: علاقة مركبة بين السمات الشخصية للقائد، والظروف الموقفية، وخصائص الجماعة، والعلاقات القائمة بينها، بالإضافة إلى طبيعة العمل والوظائف.[1]

وقد توصلت الأبحاث التي قام بها كل من جراين واولبين سنة 1995، ضمن هذه النظرية إلى أن التفاعل الايجابي المرتفع بين القائد والأتباع نتج عنه انخفاض في التسرب الوظيفي، وزيادة في نسبة الترقيات الوظيفية، والتزام وظيفي أعلى، ومزيد من الاهتمام والمساندة من طرف القائد.[2]

لقد تناولت هذه النظريات القيادة الإدارية من وجهات نظر مختلفة، غير أن الجمع بين هذه النظريات يعد المدخل المتكامل لدراسة القيادة الإدارية وهو المفتاح لفهمها، فهو يمكننا من الإلمام بجميع المتغيرات المتداخلة في عملية القيادة الإدارية، من خلال تحديد السمات القيادية المطلوبة، ودراسة خصائص الأتباع، ومتغيرات الموقف المختلفة. والنظرية التفاعلية هي الأقرب لهذه التكامل لأنها قامت بالجمع بين كل المتغيرات.

المبحث الثالث: المهارات القيادية.

من بين أهم الأبعاد التي ركزت عليها نظريات القيادة الإدارية سمات القائد و المهارات التي يمتلكها، فالأداء الفعال للقائد داخل المنظمة يتوقف على مدى اكتسابه للمهارات المختلفة، التي تتمثل فيما يلي:

أولا: المهارات الفنية Technical Skills. وهي المهارات المتعلقة بأداء المهام المتخصصة والتي تحتاج إلى خبرات وكفاءة تطبيقية معينة، فالقائد يحتاج هذه المهارات في أداء مهامه اليومية. ويمكن اكتساب هذه المهارات من خلال التعليم الرسمي ثم صقلها بالتعلم بواسطة التدريب والممارسة الوظيفية.[3]

ثانيا: المهارات الإتصالية Communication Skills. هي مهارات متعلقة بالتفاعل الشخصي والتعاون مع الآخرين سواء كانوا أتباعا أو زملاء أو عملاء، فهي مهارات التفاعل الشخصي،[4] من خلال قدرة القائد على تنسيق الجهود في المنظمة لتحقيق الأهداف والقدرة والاستعداد للتعاون مع الزملاء أو الأتباع.[5]

---

[1] طارق عبد الحميد البدري، مرجع سبق ذكره، ص 59.
[2] بيتر ج. نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 164.
[3] طارق طه، مرجع سبق ذكره، ص 209.
[4] المرجع السابق مباشرة، ص 209.
[5] معن محمود عياصرة وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 142.

ثالثا: المهارات الإدراكية Perceived Skills. هي مهارات فكرية تحليلية، تبين قدرات القائد على التصور الذهني والعقلي للأمور في المنظمة، وللتغيرات الداخلية والخارجية والعلاقة بينهما ومدى تأثيرها على نشاط المنظمة.[1]

المبحث الرابع: أنماط القيادة الإدارية.

قبل الخوض في أنواع الأنماط القيادية نقوم بتعريف **النمط القيادي**:

- هناك من عرفه على انه أسلوب استخدام السلطة في قيادة الأتباع.[2]
- كما أن هناك من عرفه: أسلوب سلوك الفرد الذي يحاول من خلاله التأثير في الأتباع.[3]

من خلال التعريفين السابقين يمكن تعريف النمط القيادي على انه السلوك الذي ينتهجه القائد من أجل التأثير في الأتباع لبلوغ الأهداف.

تمحورت النظريات القيادية حول التوصل إلى النمط أو الأسلوب القيادي المناسب الذي يحقق فاعلية القيادة الإدارية في إطار المتغيرات الأخرى: كالموقف، طبيعة المهام، وطبيعة الأتباع. وانطلاقا من هذه النظريات يمكن تمييز مجموعتين للأنماط القيادية الأولى الأنماط القيادية التقليدية والأخرى هي الاتجاهات الحديثة في الأنماط القيادية.

أولا: الأنماط القيادية التقليدية. عرفت تصنيفات الأنماط القيادية مداخل متعددة تعدد نظريات القيادة، غير أننا سنتطرق إلى أكثرها اتفاقا بين الباحثين وهي النمط الأوتوقراطي، الديمقراطي، و التسيبي.

1- نمط القيادة الأوتوقراطي أو الاستبدادي أو الدكتاتوري: يمكن تلخيص الصفات التي يتميز بها هذا النمط القيادي في النقاط التالية:

- يتخذ كل القرارات بنفسه ولا يتقبل الاقتراحات من طرف الأتباع.
- يصدر القرارات والتعليمات بكافة التفاصيل.[4]
- يعتمد على الحوافز السلبية.[5]
- يتخذ من سلطته الرسمية أداة تحكم وضغط على الأتباع.
- عدم الاهتمام بالعلاقات الإنسانية وبالتالي فإن قنوات الاتصال تكون في اتجاه واحد.
- الحزم والانضباط في إدارة المنظمة وعدم تقبله للنقد.
- لا يفوض سلطاته: يركز السلطة في يده.[6]

---

[1] سهيل أحمد عبيدات، **القيادة: أساسيات نظريات مفاهيم**، إربد، عالم الكتب الحديث، 2007، ص 18.

[2] طارق طه، مرجع سبق ذكره، ص 228.

[3] بيتر ج نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 88.

[4] C. W. Cook & others, **Management & Organizational Behavior**, New York, Congress Cataloging-in-Publication on Data, 1997, p 411.

[5] رجب عبد الحميد السيد، **دور القيادة في اتخاذ القرار خلال الأزمات**، القاهرة، (دون ناشر)، 2000، ص 12.

[6] سلامة عبد العظيم حسين وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص111، 112.

كل هذه الصفات تؤدي إلى انعكاسات سلبية على الأتباع حيث تتدنى روحهم المعنوية، كما أن العمل يظل مرهونا بوجود القائد نظرا لعدم تفويض السلطة وهذا سيؤدي إلى تدني الإنتاجية على المدى البعيد.[1]

غير أن هناك من يقول بفاعلية هذا النمط القيادي على المدى القصير لإصلاح بعض الأخطاء التي تتعرض لها المنظمة وتهدد حياتها، على أن تعود لاستخدام أنماط أخرى بعد زوال الموقف.[2]

2- نمط القيادة الديمقراطي: أهم ما يميز القائد الديمقراطي هو:

- إشراك الأتباع في اتخاذ القرارات فيما يخصهم من أعمال.
- استخدام التحفيز الإيجابي القائم على إشباع حاجات الأتباع.
- قنوات الاتصال مفتوحة بجميع الاتجاهات وهذا يدل على الاهتمام بالأتباع و العلاقات الإنسانية.[3]
- التركيز على خلق التعاون بين الأتباع، وتفويض السلطة للأتباع.

ينتج عن النمط الديمقراطي رفع الروح المعنوية للأتباع وزيادة ولائهم والتزامهم التنظيمي، كما يشعر الأتباع بأهميتهم في المنظمة مما يؤدي إلى خلق مناخ ملائم يساعد على تحقيق الأهداف التنظيمية.[4]

3- نمط القيادة التسيبي أو القيادة غير الموجِّهة: يتميز هذا النمط بترك الأمور تسير وفق الظروف، فهو لا يلعب دورا في بتوجيه العمل. كما يترك الحرية للأتباع في القيام بمهامهم. يتصف هذا النمط القيادي بالتالي :[5]

- إعطاء كامل الحرية للعاملين في تحديد أهدافهم واتخاذ القرارات المتعلقة بتحقيقها.
- إتباع سياسة الباب المفتوح في الاتصالات.
- تفويض السلطة للتابعين على أوسع نطاق.

نرى أن هذا النمط القيادي نادر التطبيق - فهو غير عملي للقيادة - حيث يضعف الاهتمام بالعمل ويساعد على التهرب من المسؤولية مما يترتب علية نتائج سيئة تنعكس على العمل.[6]

غير أن هناك من يرى أن هذا النمط يصلح لبيئات علمية على درجة عالية جدا من التخصص في بعض المنظمات الصغيرة، فكل فرد من التنظيم يعمل أفضل ما عنده وبأحسن الصيغ بحيث لا يحتاج

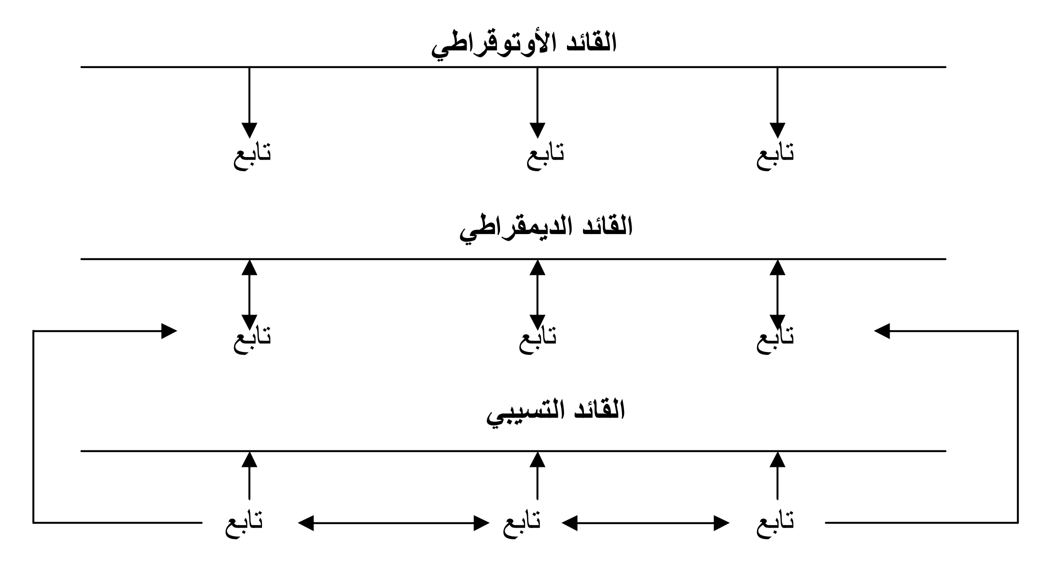
---

[1] سهيل أحمد عبيدات، مرجع سبق ذكره، ص 26.
[2] محمد حسنين العجمي، مرجع سبق ذكره، ص 36.
[3] سهيل أحمد عبيدات، مرجع سبق ذكره، ص 27.
[4] محمود سلمان العميان، مرجع سبق ذكره، ص 261.
[5] محمد حاجي، **تفعيل الأداء المتميز للمؤسسة الاقتصادية من خلال عملية القيادة في ظل التحديات والرهانات التي تفرضها العولمة**، (ورقة عمل مقدمة للملتقى الدولي الأول، التسيير الفعال في المؤسسة الاقتصادية، جامعة المسيلة)، الجزائر، 2005، ص 5.
[6] محمود سلمان العميان، مرجع سبق ذكره، 262، 263.

إلى توجيه ومتابعة، فالقائد يتعامل مع أتباع ذوي مستويات عقلية وعلمية عالية مثل منظمات الدراسات والأبحاث.[1]

والشكل التالي يوضح اتجاه التأثير بالنسبة للأنماط القيادية التقليدية.

الشكل رقم 8: مسار التأثير في الأنماط القيادية التقليدية.



المصدر: قاسم بن عائل الحربي، **القيادة التربوية الحديثة**، عمان، الجنادرية للنشر والتوزيع، 2008، ص 71.

يعد كل من النمط الأوتوقراطي والديمقراطي والتسيبي من الأنماط الأكثر اتفاقا بين الباحثين والأكثر شيوعا بين القادة، إلا أن هذا لا ينفي وجود أنماط أخرى تم ذكرها سابقا، كل نمط ضمن النظرية التي جاءت به.

ثانيا: الاتجاهات الحديثة في الأنماط القيادية.

عرفت الدراسات والأبحاث الخاصة بالقيادة الإدارية تطورا كبيرا مستمرا، من أجل مواكبة التغير في بيئة الأعمال بالإضافة إلى التطورات الهائلة التي شهدتها السنوات الأخيرة. من هنا ظهرت رؤى جديدة لتفسير عمل وفاعلية القيادة الإدارية نذكر أبرزها كل من القيادة التحويلية والقيادة التبادلية، بالإضافة إلى قيادة فرق العمل.

1- القيادة التحويلية Transformational Leadership : يعد المدخل التحويلي في القيادة أحد المداخل المعاصرة التي ركزت عليه العديد من الأبحاث منذ أول الثمانينات، إذ تمت صياغة مصطلح القيادة التحويلية أول مرة من قبل داونتون Downton سنة (1973)، إلا أن ظهوره كمدخل للقيادة تم على يد عالم الاجتماع جيمس ماكجريجور بيرنز عام 1978 James Mac Gregor Burns وذلك

[1] محمود سلمان العميان، مرجع سبق ذكره، ص 264.

من خلال الكتاب الذي أصدره بعنوان القيادة، الذي حاول فيه أن يربط بين دوري القيادة والتبعية، وكتب عن القادة بوصفهم أفرادا يتحكمون في دوافع الأتباع لكي يتمكنوا من تحقيق أهداف القادة والأتباع.[1] أما عام 1985 قام باس Bass بتقديم نظرية منهجية للقيادة التحويلية، بعدها قام كل من باس وأفليو Bass & Avilio بمراجعة هذه النظرية وتطويرها.[2] تركز هذه النظرية على نمط قيادي ملهم يستخدم المقومات الزعامية في التأثير على الأتباع ودفع المنظمة نحو تحقيق معدلات أداء تفوق المعدلات العادية،[3] من خلال التركيز على أداء الأتباع بتطوير قدراتهم اعتماد على مجموعة قوية من القيم والمثل الداخلية والتحفيز الفعال للأتباع عن طريق إثارتهم وخلق التحديات لهم، للدفاع عن المصالح العامة وليس المصالح الشخصية للقائد.

تتمحور القيادة التحويلية حول العناصر التالية:

- التأثير المثالي Idealised influence : أي التأثير القائم على القدوة والمثال، يمتلك القائد التحويلي قدرات فائقة في التأثير في الأتباع إذ يصبح نموذجا يقتدى به، يضع الرؤية، ينمي الإحساس بالرسالة، يغرس الاعتداد بالنفس، يحوز على احترام الآخرين وثقتهم وإعجابهم، وبذلك يعمل الأتباع على محاكاة سلوك القائد التحويلي.[4]
- الحفز الإلهامي Inspirational Motivation : يعمل القائد التحويلي على إثارة حب التحدي في الأتباع، وإتاحة الفرصة لهم للمشاركة في تحقيق الأهداف المشتركة، ينمي فيهم الحماس وروح الفريق،[5] ويشركهم في رسم الرؤية المستقبلية، وفي سبيل ذلك يستخدم الرموز والشعارات لتوجيه الجهود، ويوضح توقعاته العالية من الأتباع.[6]
- الاستثارة الفكرية Intellectual Stimulation: يستثير القائد التحويلي أتباعه بتشجيع التفكير الإبداعي فيهم والتجديد، وتشجيع الأفكار الجديدة في حل المشاكل،[7] ومعالجة الأوضاع السائدة بأساليب جديدة، وبالتالي الاعتماد على أنفسهم لحل المشاكل التي يواجهونها،[8] وذلك من خلال عدم السماح بتوجيه النقد العلني في حالة الإخفاق، ومن خلال قبوله الأفكار المبتكرة حتى لو تعارضت مع أفكاره.[9]

---

[1] بيتر ج نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 187.

2 R. van Eeden & Others, **Leadership styles and associated personality traits: Support for the conceptualisation of transactional and transformational leadership,** (South African Journal of Psychology, 38, 2), 2004, p 254.

[3] طارق طه، مرجع سبق ذكره، ص 290.

4 R. van Eeden & Others, Op-cit, p 255.

[5] بيتر ج.نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 193.

[6] قاسم بن عائل الحربي، مرجع سبق ذكره، ص 155.

[7] سعد بن مرزوق العتيبي، **دور القيادة التحويلية في إدارة التغيير**، (ورقة عمل مقدمة إلى الملتقى الإداري الثالث، إدارة التغيير ومتطلبات التطوير في العمل الإداري، الرياض)، 2005، ص 8.

[2] S. P. Robbins, **Organizational Behavior**, New Jersey, Prentice-Hall International, 1996, p 438.

[9] قاسم بن عائل الحربي، مرجع سبق ذكره، ص 155.

- الاعتبار الفردي Individualized Consideration : يعطي القائد التحويلي اهتماما شخصيا لحاجات كل فرد لتحقيق الإنجاز والنمو، من خلال سلوكه كمدرب وناصح ومتابع، كما يعامل كل فرد بصفة مستقلة ويساهم في حل مشاكله ويقف إلى جانبه، ويعترف بالفروق الفردية من حيث الاحتياجات والقدرة على الأداء،[1] ويمارس أسلوب الإدارة بالتواجد: أي أنه يكون قريبا من أتباعه، كما يقوم بتفويض بعض مهامه لهم لتنمية قدراتهم مع متابعة لتلك المهام لتقديم التوجيه والدعم عند الحاجة. كما يذهب أبعد من ذلك من خلال الارتقاء برغبات الأتباع ودفعهم إلى اكتشاف قدراتهم الكامنة وبالتالي تحقيق آمال كبيرة، مجهود إضافي، وأداء أحسن.[2]

باجتماع العناصر السابقة يمكن للأسلوب القيادي التحويلي تحقيق ما يلي:

تأثير مثالي + حفز إلهامي + استثارة فكرية + اعتبار فردي = دافعية أقوى وأداء أكبر من المتوقع.

وسوف يتم اعتماد العناصر السابقة – في الجانب التطبيقي من البحث- من أجل قياس مدى تطبيق المستشفيات للنمط القيادي التحويلي.

بالإضافة إلى العناصر السابقة المكوّنة للقيادة التحويلية هناك من يضيف عنصر خامس هو التكامل الذي يسمح بالتنسيق بين العناصر السابقة.

- التكامل Integrety : تتسم القيادة التحويلية بالسلوك المتكامل نحو الأتباع من خلال التحلي بالأمانة والمصداقية، كما يتسم سلوك القائد التحويلي بالثبات والاتساق فلا يقوم باتخاذ معايير مزدوجة في محاسبة الأتباع أو الانحياز لاعتبارات شخصية.[3]

يصف المدخل التحويلي كيف يمكن للقادة القيام بتطوير وتنفيذ التغييرات المهمة في المنظمة. وعلى الرغم من أن الخطوات التي يتبعها القائد التحويلي غير محددة إلا أنها تتخذ عادة الشكل التالي:

يقوم القائد التحويلي بمساعدة الأتباع وتمكينهم من إحداث التغيير، من خلال الرفع من الوعي لدى الأتباع، وجعلهم يتعدون أهدافهم الخاصة إلى الأهداف المشتركة. فالقائد التحويلي يصبح نموذجا قويا بالنسبة للأتباع، فهو يملك منظومة متطورة من القيم الأخلاقية، ويعبر عن مُثل قوية، ويصغي إلى تابعيه ويتسامح مع وجهات النظر المعارضة. ونتيجة لذلك غالبا ما تنمو روح التعاون بين القائد التحويلي والأتباع.

كما يُكوِّن القائد التحويلي الرؤية المستقبلية التي تعتبر النقطة المحورية للقيادة التحويلية، فهي توضح الاتجاه الذي تسير نحوه قيادة المنظمة، وبالتالي تعطي الأتباع إحساسا بالهوية داخل المنظمة، وشعورا بالفعالية الذاتية.

[2] R. van Eeden & Others, Op-cit, p 255.

[2] سيد الهواري، **القائد التحويلي**، 1996، ص 37.
[3] طارق طه، مرجع سبق ذكره، ص 292.

ويتطلب المدخل التحويلي أن يصبح القائد مهندسا اجتماعيا بقيامه بتوضيح القيم والأعراف الناشئة في المنظمة، وان ينخرط في ثقافتها ويساعد في تشكيل معناها. أما الأتباع فيجب عليهم معرفة أدوارهم، وكيف يكونون مساهمين في الأهداف الكبرى للمنظمة. ويأتي القائد التحويلي في المقدمة في تفسير وتشكيل المعاني المشتركة التي توجد داخل المنظمة، والتي تشكل الثقافة التنظيمية.[1]

ومن خلال كل ما سبق يمكن تحديد الصفات التي يتسم بها القائد التحويلي:

- يمتلك رؤية واضحة وهو قادر على ترجمة الأحلام والرؤى للآخرين ليقتسموها معه.[2]
- يعتبر التغيير رحلة وليست نقطة وصول، ينظر إلى نفسه على أنه داعية للتغيير، ويدرك الحاجة للتغيير وهو قادر على إقناع الأتباع بحاجتهم للتغيير.
- شخص شجاع ، يحب تحمل المخاطر لكن مع التخطيط لمواجهة هذه المخاطر، فهو يبحث عن الفرص ضمن المخاطر.
- لا يحتمل الأحوال المستقرة فهو يسعى إلى الخلق والابتكار من أجل مواجهة الظروف البيئية.[3]
- إنه قوي، يؤمن بقيمة الناس، حساس للمشاعر، لذلك هو يطور علاقاته مع الأتباع[4] من أجل تزويدهم بالطاقة من خلال أنه :
- يدير بالمعاني والقيم ويطلق شعارات ورموز.[5]
- قادر على تحفيز الطاقة الفكرية للأتباع، وتطوير قدراتهم من خلال خلق الوعي لديهم بمشكلات العمل وبالحلول الممكنة المتاحة أمامهم.[6]
- موجه بالقيم الأخلاقية ويتصرف في ضوء تلك القيم، إنه يخلق حضارة إنجاز مبنية على القيم.
- قادر على التعامل مع الغموض والمواقف المعقدة.
- يشجع النجاحات الصغيرة لأنها قد تؤدي في مجموعها لإنجاز كبير.[7]
- يمتلك مهارة الاتصال: فهو يخاطب الأتباع على قدر تفكيرهم ووفقا لخصائص كل منهم.
- يبني علاقات ثقة والتزام مع الأتباع من أجل تحقيق الرؤية.[8]

---

[1] بيتر ج.نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 200.
[2] اليزابيث أوليري، **قيادة الاعمال : خطوة خطوة**، بيروت، أكاديميا، 2001، ص23.
[3] R. van Eeden & others, Op-cit, p 254.
[4] I. Buciuniene & Others, **Impact of leadership on employees' organizational commitment in lithuannian**, www.ebscohost.com.
[5] محمد أكرم العدلوني وآخرون، مرجع شبق ذكره، ص 36.
[6] حسن إبراهيم بلوط، **المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات**، لبنان، دار النهضة العربية، 2005، ص 445.
[7] يورك برس، علم نفسك بالطريقة المثلى **مهارات الإدارة** في 24 ساعة، بيروت ،مكتبة لبنان، 2003، ص 294.
[8] W. Liu & Others, **Matching leadership styles with employment modes: strategic human resource management perspective**, (Human Resource Management Review, 13, pp 127-152), 2003, p133.

- يركز على التغيير التنظيمي بمختلف المستويات : الثقافة، البُنى الهيكلية، السياسات، الإجراءات، والتكنولوجيا.[1]

تعد القيادة التحويلية مدخلا اجتماعيا أخلاقيا في القيادة أكثر منه إداريا. فهي تقوم على الأخلاق والمثل وعلى العلاقات مع الأتباع، غير انه من الصعب أن نجد كل هذه الصفات متوفرة في قائد واحد؛ لدرجة المثالية التي بلغتها النظرية التحويلية في القيادة. فهي تركز على القائد التحويلي الذي يقوم بكل الجهد، أما الأتباع فلم يتم التركيز عليهم بنفس الدرجة مع أنهم عنصر مهم من عملية القيادة.

2- القيادة التبادلية Transactional Leadership : تقوم على مبدأ التبادل بين القائد والأتباع، فهي توجه جهود الأتباع باتجاه المهام وتحدد لهم الأهداف المراد إنجازها، وفي حالة تقيدهم بإنجازها فإنهم يحصلون على مكافآت نظير ذلك.[2] فالقادة التبادليون يحددون الإجراءات والنشاطات التي تتطلب إشرافا ومتابعة وبناء على ذلك يحفزون الأتباع على بلوغ مستويات الأداء المرغوب بها، وتتوقع هذه القيادة من الأتباع بذل جهد كبير ومتميز، وبالمقابل تمنحهم ما يرغبون به من حاجات ورغبات تقع ضمن صلاحيتهم وسيطرتهم.[3]

يتعرف القائد التبادلي على حاجات الأتباع ورغباتهم، ثم يوضح لهم كيفية إشباعها بالتبادل، لتحقيق أهداف محددة أو أداء واجبات معينة، وبالتالي يحصل الأتباع على مكافأة لأداء العمل، بينما يستفيد القائد التبادلي من إتمام المهام. كما أن إشباع حاجات الأتباع قد يحسن من الإنتاجية ويرفع من روحهم المعنوية.[4]

فأساس القيادة التبادلية هو اتفاق منعقد بين القائد والأتباع حول الأداء المتوقع، مقابل المكافآت المحددة، فهي علاقة تكلفة-عائد تؤدي إلى نتائج محددة مسبقا.[5]

وأهم ما يميز القيادة التبادلية هو:

- المكافأة المشروطة Contingent Reward : تشير إلى عملية مبادلة جهد الأتباع في مقابل مكافأة معينة من القائد، مع هذا النمط القيادي يحاول القائد الحصول على موافقة الأتباع على الأنشطة التي يتعين عليهم القيام بها، والمكافأة التي يتعين تقديمها لمن يقوم بتلك الأنشطة، فالمكافأة مشروطة بالقيام بالأنشطة المحددة مسبقا.[6]

[1] R. van Eeden & others, Op-cit, p 254.
[2] A. Skogstad & Others, **The Impact of a Change-Centered leadership in four Organizational Cultures**, (Scandinavian Journal of Management, 15,pp 289-306), 1999, p 290.
[3] حسن ابراهيم بلوط، مرجع سبق ذكره، ص 445، 446.
[4] زيد منير عبوي، مرجع سبق ذكره، ص 95.
[5] M. Thite, **Leadership styles in information technology projects**, (International Journal of Project Management, 18, pp 235-241), 2000, p 236.
[6] بيتر ج. نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 195.

- الإدارة بالاستثناء Management by Exception : هي الإدارة التي تعنى بالنقد التصحيحي، والتغذية الراجعة السلبية. وتأخذ شكلين: الشكل النشط: القائد الذي يستخدم الشكل النشط للإدارة بالاستثناء يراقب الأتباع عن قرب للبحث عن الأخطاء، المخالفات، الاستثناءات، الانحرافات، الشكاوي، أو الفشل، من ثم يتخذ الإجراء التصحيحي اللازم قبل أو أثناء ظهورها.[1] الشكل الساكن: القائد الذي يستخدم الشكل الساكن يتدخل فقط حين لا يتم تحقيق المعايير المطلوبة، أو بعد ظهور المشاكل. أي أنه ينتظر ولا يتدخل حتى يتم إعلامه بالأخطاء والانحرافات، قبل أن يتخذ أي إجراء. وفي الواقع أن كلا نوعي الإدارة النشط والساكن يستخدمان أنماطا تعزيزيه أكثر سلبية من نمط التعزيز الايجابي في المكافأة المشروطة.[2]

وسوف يتم قياس – في الجانب التطبيقي من البحث - مدى تطبيق المستشفيات في محافظة دمشق للنمط القيادي التبادلي من خلال العنصرين السابقين.

يمكن القول أن القيادة التبادلية تتضمن عملية تبادل اجتماعي، حيث يحدد القائد احتياجات الأتباع (إتمام المهام بنجاح) كجانب أول من عملية التبادل، من أجل الحصول على المكافأة أو تلقي العقوبة (إشباع حاجات الأتباع)، وذلك متوقف على إتمام انجاز الصفقة للطرف الثاني (إشباع حاجات القائد).

من خلال ما سبق يمكن تحديد صفات القائد التبادلي فيما يلي:

- يركز على إشباع حاجات الأتباع الحالية.
- يمنح المكافآت على أساس كفاءة الأداء.
- يقوم بتحديد الأهداف الإستراتيجية والمكافآت المشروطة في محتوى بيان رسالته.
- يركز على الوصول إلى الأداء الفعال.[3]
- يثير دافعيتهم للعمل من خلال توضيح وتقنين وهيكلة المهام.
- يقوم بتحديد الأهداف التنظيمية المطلوب تحقيقها بدقة كما يحدد الإجراءات المتبعة لتحقيقها.
- يوجه جهود الأتباع ويركز على التحفيز الإيجابي (المكافأة).[4]
- يقوم بتوضيح العلاقة بين الأداء و المكافأة.
- يزود الأتباع بالمعلومات المرتدة حول الأداء.[5]

[1] R. van Eeden & others, Op-cit, p 255.

[2] بيتر ج. نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 196.

[7] Y. Berson & Others, **The relationship between vision strength, leadership style, and context**, (The Leadership Quarterly, 12, pp 53-73), 2001, p 56.

[4] طارق طه، مرجع سبق ذكره، ص 286.

[2] w. Liu & others, Op-cit, p 133.

3- الفرق بين النمط التبادلي والتحويلي:

- يقوم القائد التحويلي بتطوير الأتباع ليصبحوا قادة فهو يمنحهم حرية أكبر للتحكم بسلوكهم، أما القائد التبادلي فيقوم بجمع الأتباع حول رسالة توضح حدود العمل وبالتالي فإن الأتباع ستكون لديهم حرية نسبية لإنجاز الأهداف التنظيمية.
- يقوم القائد التحويلي برفع اهتمامات الأتباع من مستوى الحاجات الفزيولوجية إلى مستوى أعلى مثل حاجات تحقيق الذات فهو يسعى إلى تلبية حاجات الأتباع بالنمو والتطور، بينما يركز القائد التبادلي على تلبية حاجات الأتباع الحالية المادية.
- بينما يركز القائد التحويلي على التغيير قي حين يعزز القائد التبادلي على الاستقرار.[1]

4- العلاقة بين النمط القيادي التحويلي والتبادلي:

تعد القيادة التبادلية مهمة للمنظمة فهي تركز على الالتزام بالقوانين والأهداف فجوهرها هو توليد الالتزام بالأعراف والقيم التنظيمية، غير أنه لا يمكنها مواجهة تحديات ومتطلبات المحيط الديناميكي للمنظمة ما لم تواكبها القيادة التحويلية. فالتحولات الجديدة في عالم الأعمال وضغوطات المحيط على عمل المنظمة تستدعي نمط قيادة تحويلي من القائد من أجل على مواجهة ومواكبة هذه التطورات. من خلال ما سبق من المهم الذكر أن هذين النمطين من القيادة غير متعارضين، فعلاقة الجمع بين هذين النمطين للقيادة والاستعمال المتوازن لهذين النمطين هو ما يساعد على تحديد فعالية قيادة الأفراد.[2]

5- قيادة الفريق:[3] أصبحت القيادة في المجموعات التنظيمية أو فرق العمل احدي أكثر المجالات انتشارا وأسرعها نموا فيما يتعلق بنظرية القيادة والبحوث بشكل عام. وهذا راجع إلى الظروف السريعة التغير التي تواجه المنظمات كإعادة الهيكلة التنظيمية، والمنافسة العالمية الشديدة، والتوسع في التقنية. مما أدى إلى استخدام الفرق التنظيمية. ونتيجة ذلك حاول الباحثون تحديد العلاقة بين القيادة وتفوق الفريق والوضع التنظيمي. إلا أن هذه العلاقة معقدة وتمثل تحديا كبيرا أمام الباحثين.

فقد اتفق الباحثون على وظيفتين جوهريتين لقيادة الفريق: الأولى مساعدة المجموعة على تنفيذ مهمتها (أداء الفريق)، والأخرى هي المحافظة على تماسك المجموعة وقيامها بوظيفتها (تطوير الفريق)، وتتداخل كلتا الوظيفتين، فإذا تم الحفاظ على الفريق وتطويره، فسيكون الأعضاء قادرين على العمل معا بفعالية لانجاز مهامهم، والعكس صحيح.

---

[1] زيد منير عبوي، مرجع سبق ذكره، ص 96.

[2] I. B. Horwitz & Others, **Transformational, Transactional, and Passive-Avoidant leadership characteristics of a surgical resident cohort: analysis using the multifactor leadership questionnaire and implications for improving surgical education curriculums**, (Journal of surgical research, 148, 1, pp 49-59), 2008, p50.

[3] بيتر ج نورث هاوس، مرجع سبق ذكره، ص 221-222.

غير انه مع تطور الأبحاث ظهرت وظيفة قيادية ثالثة، فالمجموعة توجد في بيئة تنظيمية اكبر. وإضافة إلى التعامل مع المهمة وتحقيق التوازن في العلاقات داخل الفريق، فانه يتعين على القائد أن يساعد المجموعة على التكيف مع البيئة الخارجية. من أجل خلق التوازن بين المطالب الداخلية والخارجية للمجموعة.

دور قائد الفريق هو الجمع المستمر للمعلومات، وتقليص الغموض، وتوفير الهيكلية، والتغلب على العوائق. ويمكن لجميع أعضاء الفريق أن يشتركوا في ذلك، وان يساعدوا الفريق بصورة جماعية على التكيف مع الظروف المتغيرة. لهذا فانه ليست هناك وصفات سهلة لنجاح الفريق: حيث يجب على قادة الفريق أن يكونوا منفتحين وموضوعيين في فهم وتشخيص مشكلات الفريق، وان يكونوا كذلك ماهرين في انتقاء الأفعال الأكثر مناسبة للمساعدة في تحقيق أهداف الفريق.

يعد نمط قيادة الفريق من أكثر الأنماط القيادية تعقيدا، لما لهذه المجموعات التنظيمية من خصوصية ولما لها من تأثير داخلي يؤثر على أدائها وتأثير خارجي يؤثر على المنظمة ككل. فهذا النمط يتطلب دراسة متعمقة ومستقلة من أجل الإلمام بكيفية قيادة فرق العمل.

خاتمة الفصل لثاني:

بعد التطرق إلى كل من مفهوم القيادة الإدارية، والنظريات القيادية، والمهارات القيادية، والأنماط القيادية: يمكن استخلاص أن القيادة الإدارية كعلم ترتكز على محورين: الأول هو ماذا يجب أن يتوفر في القائد من صفات (صفات القائد)، بينما المحور الثاني هو ما الذي يتوجب على القائد القيام به (نمط القائد). وقد جاءت النظريات القيادية من أجل دراسة هذين المحورين حيث تركزت حول هذين المحورين.

كما نتوصل إلى أن القيادة الإدارية تتعامل مع العنصر البشري في الاتجاهين (القائد والأتباع). وهذا ما يجعل هذا المجال العلمي غير منته وغير مطلق، فقد توالت النظريات القيادية منذ أوائل القرن الماضي من أجل تفسير السلوك الذي يتبعه القائد نحو الأتباع. وقد عرف مفهوم القيادة ولا يزال يعرف تطورا كبيرا لأن الإنسان يتطور وبالتالي يطور البيئة التي ينشط بها. غير أن العنصر المشترك هو التركيز على العلاقات الإنسانية لان الإنسان غالبا لا يقوم بالإبداع في عمله إذا لم يحس بالتفهم والدعم والمساندة. فالتوجه العالمي اليوم نحو مدخل الأخلاق في القيادة.

الفصل الثالث: جودة الخدمة الصحية وعلاقتها بالقيادة الإدارية.

سنقوم بمحاولة دراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة من خلال خطوتين؛ الأولى متمثلة في المبحث الأول الذي خصص للمتغير التابع للدراسة: وهو جودة الخدمة الصحية، ومن اجل التعرف على هذا المفهوم سنقوم بالتعريج على كل جزء من الأجزاء المكونة له. فسنتعرف على مفهوم الجودة أولاً وبمختلف التطورات التي شهدها هذا المفهوم من ظهور المنظمة العالمية للتقييس الآيزو ونهاية بإدارة الجودة الشاملة. ثم سنقوم بتعريف الخدمة بصفة عامة والخدمة الصحية بصفة خاصة. من أجل التوصل في الأخير إلى دراسة جودة الخدمة الصحية والتطرق إلى أبعادها التي سنقوم من خلالها بقياس المتغير التابع في هذه الدراسة.

أما المبحث الآخر فقد خصص لمعرفة أثر القيادة في جودة الخدمة الصحية من خلال ما توفر من الأدبيات. حيث سنقوم بتوضيح الخصوصية التي تتميز بها إدارة الخدمات الصحية، ثم دور القيادة الإدارية في تطبيق مسعى إدارة جودة الخدمات الصحية: من خلال التزامها، ثم من خلال دور القائد في جميع مراحل تطبيق هذا المسعى. وأخيرا قمنا بالتعريج على دور القيادة الإدارية في تحديد الأولويات المتعلقة بتقديم الخدمة الصحية، لأن هذه الأولويات تفضي بالنهاية إلى تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية.

المبحث الأول: جودة الخدمات الصحية.

عرف مفهوم الجودة خلال القرن الماضي تطوراً كبيراً، نتيجة تطور الصناعة بشكل كبير، والانفتاح على الأسواق العالمية. وقد اشتدت حدة المنافسة بين المنظمات سواء داخل البلد الواحد أو خارجه، هنا ظهرت المعايير العالمية للجودة الايزو، التي قننت المواصفات التي يجب على إدارة المنظمات إتباعها من أجل تحسين الجودة وإرضاء الزبون، وصولا إلى إدارة الجودة الشاملة التي تُعنَى بالمنظمة ككل، في إطار التوجه نحو إرضاء الزبون.

في هذه الأثناء كانت صناعة الخدمات تتطور بشكل سريع هي الأخرى، خاصة وأن مجال تقنيات المعلومات والاتصالات عرف تطورا مذهلا مما أدى إلى ظهور تسهيلات كبيرة بالنسبة للخدمات. من بين هذه المجالات كان القطاع الصحي ولا يزال يحوز على أهمية كبيرة سواء بالنسبة للحكومات أو الأفراد الخواص كرجال الأعمال. وهنا ظهرت الحاجة إلى تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، من أجل الحفاظ على صحة الأفراد وبالتالي المجتمع. فالمنظمة الصحية لها دور كبير في العلاج والتأهيل، بالإضافة إلى دور الوقاية والتوعية؛ وبالتالي تحقيق تنمية بشرية، تساهم في تزويد المنظمات الأخرى بالمورد البشري السليم: لأن العقل السليم في الجسم السليم.

أولاً: مفاهيم عامة حول الجودة.

تزايد الاهتمام بالجودة من قبل جميع المعنيين في قطاع الإنتاج والخدمات على حد سواء، حيث اجتهد الكثير من الباحثين والخبراء في تطوير هذا المفهوم؛ ومع ظهور العولمة وتحرير التجارة وانفتاح الأسواق، ظهرت الحاجة إلى وجود مقاييس موحدة للجودة، لذلك طور هؤلاء الباحثين مقياساً عُرِف بالمواصفات القياسية الآيزو، التي عرفت منذ ظهورها عدة إصدارات مواكبة للتحولات الاقتصادية العالمية، وصولاً إلى فلسفة إدارة الجودة الشاملة الذي يعد مدخلا متكاملا لتحقيق الجودة على مستوى المنظمة ككل.

1- مفهوم الجودة وأبعادها.

1-1 تعاريف الجودة: تباينت تعاريف الجودة حسب توجه المهتمين بها وحسب وجهة النظر التي يتم من خلالها تعريفها. وفيما يلي سنورد أهم هذه التعاريف:

- الجودة هي تعريب للكلمة Quality المشتقة من الكلمة اليونانية Qualities والتي يقصد بها اصطلاحا طبيعة الشيء ودرجة صلاحه.

- عرفها جوران Juran بأنها مواءمة المنتج للاستعمال ولمتطلبات العميل أي القدرة على تقديم أفضل أداء.[1]

- تعني الجودة إعطاء العميل ما يحتاجه اليوم بثمن مقبول له وبتكلفة نستطيع تحملها مرات ومرات، مع محاولة إعطاء هذا العميل ما هو أفضل في الغد.[2]

- عرفها فيننبوم Feigenbaum على أنها الناتج الكلي للخدمة أو المنتج من خلال دمج خصائص نشاطات التسويق والهندسة والتصنيع والصيانة والتي تمكن من تلبية حاجات ورغبات الزبائن.

- كما عرفها كروسبي Crosby بأنها التطابق مع المتطلبات، وأكد بأنها تنشأ من الوقاية وليس من التصحيح، ويمكن قياس مدى تحقيق الجودة من خلال تكاليف عدم التطابق.[3]

- أما المنظمة الدولية للتقييس International Organization for Standardization ISO عرفت الجودة على أنها مجموع الميزات والخصائص لمنتج أو خدمة، والتي تؤثر على قدرته في اشباع الحاجات والتوقعات المعلنة والضمنية للزبون.[4]

- كما تم تعريف الجودة على أنها مقياس لمدى تلبية حاجات الزبائن ومتطلباتهم المعلنة والضمنية. فالجودة لا تعني بالضرورة التميز وإنما ببساطة المطابقة للمواصفات أو ترجمة لحاجات الزبائن وتوقعاتهم.[5]

---

[1] مهدي صالح السامرائي، **إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الأنتاجي والخدمي**، عمان، دار جرير، 2007، ص27 ،29.

[2] مات سيقر، **المرجع العالمي لإدارة الجودة**، الجيزة، دار الفاروق، 2006، ص 14.

[3] محمد عبد الوهاب العزاوي، **إدارة الجودة الشاملة**، عمان، دار اليازوري، 2005، ص 15.

[4] Sk. Mandal, **Total Quality Management**, New Delhi, Vikas publishing house, 2005. p2.

[5] محمد بن شايب، **تحقيق إدارة الجودة الشاملة في ظل تحديات السوق**، (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير)، 2004، ص 10.

كما يمكن إيراد التعاريف المختلفة لرواد الجودة في الجدول رقم 8.

الجدول رقم 8: مفهوم الجودة من وجهة نظر روادها.

رواد الجودة	تعريف الجودة	موجه نحو
جوران Juran	الملاءمة للاستخدام Fitness for use	الزبون
ديمينج Deming	الملاءمة للغرض Purpose for fitness	الزبون
جارفين Garvin	حسب خصوصية الزبائن None specific	الزبـــــــون والمورد
كروسبي Crosby	المطابقة للمواصفات Conformance to requirements	المورد (المجهز)
ايشيكاوا Ishikawa	حسب خصوصية الزبائن None specific	المورد (المجهز)
فيجنباوم Feigenbaum	رضا الزبون عند أقل تكلفة Customer satisfaction at the lowest cost	المورد (المجهز)
تاجوهي Taguhi	حسب خصوصية الزبائن None specific	المورد (المجهز)

المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، عمان، دار الشـــروق، 2006، ص 28.

رغم عدم تطابق التعاريف السابقة إلا أنها تتفق بالتركيز على مجموعة من العناصـــر الأساســـية لتعريف الجودة، حيث يمكن تعريف الجودة على أنها مجموعة من الخصائص المتوفرة في السلعة أو الخدمة والتي يجب أن تطابق المعايير المحددة مسبقا من قبل المنظمة على أساس رغبات الزبـــائن، مع التركيز على التكييف المستمر لهذه المعايير مع رغبات الزبائن المتغيرة.

1-2 تطور مفهوم الجودة: عرف مفهوم الجودة ومازال يعرف سلسلة من التطورات المستمرة يمكـــن إيرادها في أربعة مراحل أساسية: أولاها مرحلة التفتيش، الثانية مرحلة ضبط الجودة، الثالثـــة مرحلـــة توكيد الجودة، أما الأخيرة فهي مرحلة إدارة الجودة الشاملة. والجدول رقم 9 يبين مقارنة بين المراحل الثلاثة الأولى أما المرحلة الأخيرة فسيتم تناولها لاحقا بشكل من التفصيل.

الجدول رقم 9: مقارنة بين خصائص المراحل الثلاثة لتطوير الجودة.

الخصائص	مراحل تطور مفاهيم الجودة		
	التفتيش	**ضبط الجودة**	**توكيد الجودة**
المهمة الرئيسية	تحديد الأخطاء	ضبط الإنتاج	التنسيق بين عمليات الجودة
الهدف	معيارية المنتجات بالفحص	معيارية المنتجات بمعيارية الإنتاج	تحسين وتطوير الجودة من خلال التركيز على جميع العمليات الإنتاجية والعاملين وبيئة العمل
التركيز	المنتج	العمليات	النظام
الأساليب	معايير ومقاييس	نظم وأساليب إحصائية	برامح ونظم شاملة
مسؤولية الجودة	قسم التفتيش والفحص	إدارة الإنتاج والعمليات	جميع أقسام المنظمة بما فيها الإدارات العليا
وظيفة العاملين بالجودة	التفتيش، الفحص، العد، الترتيب لكشف الأخطاء	بناء واستخدام الأساليب الإحصائية لكشف الأخطاء ومنع حدوثها	قياس الجودة وتخطيط الجودة وتصميم البرامج وتنفيذها بما يساهم في تحسين وتطوير الجودة

المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، عمان، دار الشـــروق، 2006، ص 31.

1-3 أبعاد الجودة : غالبا ما يصعب قياس الجودة، وأحيانا يتعذر ذلك نظرا لتشـــابك أبعادهـــا الكميـــة بأبعادها المعنوية؛ وهي:

- المعولية Reliability : تعكس احتمال فشل المنتج أو الاستهلاك التدريجي للمنـــتج، فكلمـــا كانـــت درجة الموثوقية عالية كلما قل احتمال الفشل أو الاستهلاك التدريجي للمنتج، يركز الزبون علـــى هـــذا البعد خاصة بالنسبة للسلع المعمرة.[1]

- مستوى الأداء Performance : هو الكيفية التي يتم بها أداء الوظيفة الخاصة بالمنتج مـــن خـــلال الخصائص الأساسية والجوهرية للمنتج.[2]

- التطابق Conformance : هو مدى التوافق مع المواصفات المحددة مسبقا؛ فهو نسبة فشل المنـــتج في مواجهة المعايير المحددة.[3]

[1] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، عمان، دار الشروق، 2006، ص 34.
[2] محمد عبد الوهاب العزاوي، مرجع سبق ذكره، ص 24.
[3] محمد الصيرفي، **إدارة الجودة الشاملة**، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية، 2006، ص 43.

- المظهر الخارجي أو الجمالية Aesthetics : هي المعـــايير الذوقيـــة للزبـــائن حـــول الخصـــائص المحسوسة للمنتجات، المتمثلة بالمظهر الخارجي الذي يعكس مدى شعور الأفراد تجاه منـــتج معـــين، ويتضمن متغيرات مثل: النظر، اللمس، الصوت، الذوق....

- الديمومة Durability : هي العمر الافتراضي للمنتج أي مدة حياة استخدام المنتج وفقا للمواصـــفات التشغيلية قبل ضعف أدائه وفقدانه الخواص المطلوبة.[1]

- خدمات ما بعد البيع After sale services : هي مدى سرعة توفر خـــدمات الصـــيانة، ومعالجـــة شكاوي الزبائن.

- الخصائص الثانوية للمنتج Features : الخيارات الإضافية للمنتج حسب رغبة أو طلب الزبون.[2]

- الجودة المدركة Perceived quality : هي صورة المنتج المرسومة في ذهن الزبون، حيث تتـــرك بعض العلامات المميزة للسلع انطباعا معينا لدى الزبون عن مستوى جودة المنتج.[3]

بما أن الجودة متعلقة بادراك الزبون فان عملية قياسها ستكون صعبة، غير أننا من خلال الأبعـــاد السابقة يمكننا قياس مستوى جودة المنتج.

2- معايير الآيزو 9000.

يمثل إنشاء المنظمة العالمية للتقييس ISO[4] سنة 1946 استجابة للقضايا الحديثـــة للجـــودة، حيـــث تعكس مواصفات الآيزو 9000 لسنة 1987 التيار العالمي لتوقعات الزبـــائن المتزايـــدة فيمـــا يتعلـــق بالجودة، والتي تعد من المتطلبات التي فرضتها ظروف التطور.

وقد عرفت هذه المواصفات ثلاثة تعديلات على إصدار سلسلة الآيزو 9000، كان الإصدار الأول سنة 1987، وتم تعديله سنة 1994، أما آخر تعديل فكان سنة 2000.[5]

2-1 تعريف الآيزو 9000: إن مواصفات الآيزو عبارة عن سلسلة تحدد وتصف العناصـــر الرئيســـية المطلوب توافرها في نظام ادارة الجودة، الذي يتعين أن تصممه وتتبناه إدارة المنظمة للتأكـــد مـــن أن منتجاتها تتوافق أو تفوق حاجات و رغبات الزبائن.[6]

وقد عرفت هذه المواصفات إصدارين هما:

2-2 إصدار سنة 1994:

معايير الآيزو 9000 إصدار سنة 1994 هو المرشد الذي يحدد مجالات تطبيق كـــل مـــن الآيـــزو 9001، الآيزو 9002، الآيزو 9003، والآيزو 9004.

---

[1] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 34، 35.
[2] فواز التميمي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهل للآيزو 9001**، إربد، عالم الكتاب الحديث، 2008، ص 20.
[3] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 35.
[4] International Standardization Organization.
[5] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 267.
[6] محمد بن شايب، مرجع سبق ذكره، ص 19.

- الآيزو 9001: تتضمن ما يجب أن يكون عليه نظام الجودة في المنظمات الأنتاجية والخدمية التي يبدأ عملها بالتصميم وينتهي بخدمة ما بعد البيع وهي الأكثر شمولا من بين باقي المواصفات الخاصة بإصدار سنة 1994.
- الآيزو 9002: تتناول نظام الجودة في المنظمات الأنتاجية والخدمية التي تقتصر على الأنتاج، التركيب، دون التصميم أو خدمة ما بعد البيع .
- الآيزو 9003: تخص المنظمات التي لا تعمل بالإنتاج أو تقديم الخدمة بل تقتصر على الفحص والتفتيش والاختبار.
- الآيزو 9004: تحدد عناصر ومكونات نظام الجودة، وتعد المرشد الذي يحدد كيفية إدارة الجودة، فهي مواصفة إرشادية تتضمن صيغة الالتزام من طرف المورد نحو الزبون.[1]

2-3 إصدار سنة 2000:

أما الإصدار الخاص بسنة 2000: فقد جاء بعدة تعديلات أهمها إدماج كل من المواصفات الآيزو 9001، 9002، 9003 في مواصفة واحدة هي الآيزو 9001. وقد تم استبدال نظام الجودة بنظام إدارة الجودة مما يعني تطبيق الأنشطة والأساليب المتعلقة بإدارة الجودة.[2]

وتضمنت المواصفة الجديدة سلسلة من المواصفات أبرزها: [3]

- مواصفة الآيزو 9000(2000) : الأسس والمفردات : التي تصف المفاهيم المتعلقة بنظام إدارة الجودة وتحدد التعريفات والمصطلحات الأساسية كما تتضمن مبادئ إدارة الجودة والتي تستند أساسا لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، وهي التوجه نحو الزبون، مشاركة العاملين في تحقيق أهداف المنظمة، التزام الإدارة العليا للمنظمة، أسلوب الإدارة بالعمليات الذي يقوم على تعريف جميع العمليات داخل المنظمة، أسلوب النظم في الإدارة الذي يهدف إلى اعتبار المنظمة مجموعة متكاملة ومترابطة من الأنظمة من أجل تحقيق الأهداف التنظيمية بكفاءة وفاعلية.
- مواصفة الآيزو 9001: تصف متطلبات نظام إدارة الجودة، وتركز على العمليات لضمان تقديم المنتج أو الخدمة التي تلبي حاجات الزبون وتحقق رضاه.
- مواصفة الآيزو 9004: تعد المرشد لتحسين الأداء من خلال مجموعة إرشادات قابلة للتوظيف في أية منظمة، حيث تركز على العمليات المستقبلية لضمان رضا الزبون، وقد حلت هذه المواصفة محل المواصفة 9004 لإصدار 1994.

[1] فواز التميمي، مرجع سبق ذكره، ص 54.
[2] محمد بن شايب، مرجع سبق ذكره، ص 33.
[3] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 271.

يعد الآيزو نظاما عالميا للجودة يتضمن مجموعة من المعايير الدولية التي تم وضعها من طرف المنظمة العالمية للتقييس، ويسعى هذا النظام إلى توفير مستوى من الجودة ذو طابع عام وعالمي وليس خاصا بالمنظمة، فهو يرتكز على مجموعة مبادئ عامة لإدارة الجودة إلا أن تطبيقه من حيث المدى يختلف حسب المنظمة: بمعنى أن لكل منظمة نموذجا خاصا بها يختلف عن نماذج المنظمات الأخرى.
وتطبيق نظام إدارة الجودة حسب المواصفات الآيزو 9001 (2000) يعد مرحلة أولية نحو تبني منهج إدارة الجودة الشاملة، فالمبادئ التي يستند عليها نظام إدارة الجودة تتضمن مبادئ إدارة الجودة الشاملة.[1]

3- إدارة الجودة الشاملة .

ظهر هذا المفهوم للجودة سنة 1960، نتيجة تزايد شدة المنافسة العالمية، واكتساح الصناعة اليابانية للأسواق؛ مما أدى إلى تحمل الشركات الأمريكية لخسارة حصص كبيرة من هذه الأسواق. وفي هذه الظروف قامت الشركات الأمريكية بتطوير وتوسيع مفهوم إدارة الجودة المبني على الأفكار اليابانية بإضافة جوانب أكثر شمولا وعمقا ليصبح إدارة الجودة الشاملة بأبعادها الحالية.[2]

3-1 مفهوم إدارة الجودة الشاملة: تعددت تعاريف إدارة الجودة الشاملة نظرا لتعدد الباحثين المهتمين بهذا المجال. حيث يقوم كل باحث بتعريف إدارة الجودة الشاملة وفقا لمعتقداته الخاصة، أو حسب توجهاته، أو حسب تجاربه الأكاديمية. حيث نذكر من هذه التعارف:

- تعرف المنظمة العالمية للتقييس (ISO) إدارة الجودة الشاملة على أنها فلسفة شاملة في أسلوب القيادة والتشغيل للمنظمة، بهدف التحسين المستمر في الأداء على المدى الطويل من خلال التركيز على متطلبات وتوقعات الزبائن مع عدم إغفال متطلبات جميع أصحاب المصالح.[3]

- كما تم تعريفها على أنها عملية تكامل الأنشطة، الوظائف، والعمليات ضمن المنظمة، من أجل تحقيق التحسين المستمر في الكلفة و جودة المنتجات والخدمات بهدف إرضاء الزبون، فالهدف الأساسي لإدارة الجودة الشاملة هو إرضاء الزبون عن طريق التحسين المستمر.[4]

- عرفها عوض خلف العنزي: مجموعة من المفاهيم والأدوات التي تعمل على جعل جميع الموظفين يركزون على التحسين المستمر من وجهة نظر الزبون.[5]

- كما أن هناك من عرفها على أنها نظام للإدارة يقوم على ثلاثة محاور أساسية: هي القيم الجوهرية، التقنيات، وأخيرا الأدوات. فالقيم الجوهرية لإدارة الجودة الشاملة تقوم المنظمة بتبنيها فتصبح ملامحا لثقافة المنظمة. وتقوم التقنيات بدعم هذه القيم ونذكر منها عملية القيادة، التخطيط للتركيز على الزبون،

---

[1] سامية موزاوي، **مكانة تسيير الموارد البشرية ضمن معايير الآيزو وإدارة الجودة الشاملة**، (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير)، 2002، ص 56.
[2] فواز التميمي، مرجع سبق ذكره، ص 27.
[3] محمد عبد الوهاب العزاوي، مرجع سبق ذكره، ص 39.
[4] Sk. Mandal, Op-cit, p 5.
[5] عوض خلف العنزي، **ادارة جودة الخدمات العامة**، الكويت، مكتبة الفلاح،2002، ص 46.

فِرَق التحسين المستمر. أما الأدوات فيجب أن يتم تحديدها وفق ما يتناسب مع المنظمة، ويتم تطبيقها بشكل كفء بهدف دعم التقنيات المختارة. ونذكر من بين الأدوات: خرائط الرقابة، مخططات ايشيكاوا. لتصبح بدورها هذه الأدوات جزءا من ثقافة المنظمة. ويكون الهدف من إدارة الجودة الشاملة هو زيادة رضا الزبون بالمقابل تخفيض كمية مختلف الموارد.[1]

تشترك التعاريف السابقة لإدارة الجودة الشاملة في العناصر الأساسية للجودة الشاملة وهي:

- **إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية : فهي منهج شامل متكامل.**
- **التركيز على الزبائن سواء الداخليين أو الخارجيين.**
- **التحسين المستمر سواء في جودة المنتجات أو العمليات.**

[1] J. Hansson & Others, **A core value model for implementing total quality management in small organizations**, Sweden, (The TQM Magazine, 15, 2, pp71-81), 2003, p 73.

ويمكن توضيح الاختلافات بين إدارة الجودة الشاملة والإدارة التقليدية من خلال الجدول رقم10.

الجدول رقم 10: مقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة.

عناصر المقارنة	الإدارة التقليدية	إدارة الجودة الشاملة
الهيكل التنظيمي	هرمي رأسي يتصف بالجمود	مسطح مرن وأقل تعقيدا أفقي شبكي
التوجه	نحو الإنتاج	نحو الزبون
القرارات	قصيرة الأجل تبني على أساس الحدس والتخمين	طويلة الأجل تبنى على أساس الحقائق
معالجة الأخطاء	مبدأ علاجي	مبدأ وقائي
نوع الرقابة	الرقابة اللصيقة والتركيز على السلبيات	الرقابة بالالتزام الذاتي والتركيز على الإيجابيات
حل المشاكل	عن طريق المدراء	عن طريق فرق العمل
علاقة الرئيس بالمرؤوس	يحكمها التواكل والسيطرة	يحكمها الاعتماد المتبادل والثقة والالتزام من الجانبين
نظرة المرؤوس للرئيس	نظرة المراقب بناء على الصلاحيات	نظرة المدرب والمعلم
المسؤولية	عناصر فردية	جماعية تقع على عاتق جميع العاملين
النظر لعناصر العمل والتدريب	عناصر كلفة	عناصر استثمار
مجالات الاهتمام	حفظ البيانات التاريخية	تسجيل وتحليل النتائج وإجراء المقارنات
أسلوب العمل	أساليب العمل الفردية	أساليب العمل الجماعية

المصدر: مهدي صالح السامرائي، **إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي**، عمان، دار جرير، 2007، ص 50،49.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن فلسفة إدارة الجودة الشاملة هي أسلوب يقوم على التعاون وعلى المسؤولية المشتركة لجميع الأطراف من اجل تحقيق رضا الزبون.

3-2 مبادئ إدارة الجودة الشاملة : تمثل مبادئ إدارة الجودة الشاملة الأسس التي تقوم عليها فلسفة إدارة الجودة الشاملة، ولا يمكن نجاح تبنيها إن لم تكن هذه المبادئ مفهومة من طرف القائمين على تطبيقها. وهذه المبادئ هي:

- خلق ثقافة للمنظمة : تتفق مع متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة عن طريق تبني قيم ومفاهيم قائمة على العمل التعاوني بمشاركة جميع أفراد المنظمة، من خلال فرق العمل القادرة على إجراء التغييرات المناسبة.[1]

- مدخل التركيز على الزبون : في كل الأنشطة والعمليات في المنظمة، فهذا المدخل يضمن توجه جميع الجهود نحو الزبون، وان يكون رضا الزبون أساسا للتحفيز، لأن الزبائن:[2]

- يشكلون الطرف الأكثر أهمية في الأعمال.
- حاجاتهم لا تتوقف على المنظمة بل يتوقف عمل المنظمة عليهم.
- ليسوا عائقا لعمل المنظمة، بل هم الغرض منه وجودها.
- يعد مجيئهم أساسا لوجود للمنظمة، وتقديم الخدمة لا يعد إحسانا لهم، بل هو عمل المنظمة.
- يشكلون جزءا من أعمال المنظمة، وليسوا غرباء عنها.
- ليسوا مجرد إحصائيات، بل هم بشر لديهم حاجات ورغبات.
- أفراد قاموا بطلب الخدمة برغبتهم، وعملنا هو معرفة وفهم هذه الحاجات وتلبيتها.
- يستحقون أحسن وألطف معاملة يمكن تقديمها.

- التخطيط الإستراتيجي والقيادة: نقوم بالتخطيط من أجل تحقيق جودة التركيز على الزبون في كل الأنشطة والعمليات في المنظمة، أما القيادة فيجب أن تدعم التوجه القوي نحو الزبون في المنظمة بالإضافة إلى محاولة خلق الالتزام والتعهد طويل الأجل من قبل الزبائن، الموظفين، الموردين، أصحاب المصالح، والمجتمع. [3]

- التحسين المستمر: تعد عملية التحسين المستمر هدفا رئيسيا للمنظمة ترتكز عليه لتحقيق الأداء المتميز بالجودة الشاملة. من خلال تخفيض الأخطاء وتجنب الوقوع بها، تحديد المشاكل بدقة ووضع الأساليب اللازمة لعلاجها، وتخفيض الانحرافات إلى أقل حد ممكن وتفادي الوقوع بها لاحقا. وقد قدم الياباني ماساكي أماي فكرة التحسين المستمر Kaizen من خلال الوسائل الإحصائية كحلقة شوهارت والسيطرة الإحصائية على العمليات وغيرها من الأدوات.[4]

- مشاركة العاملين : لأن الأفراد العاملين يعدون أكثر قدرة من إدارة المنظمة على تحديد المشاكل التي يواجهونها في أداء أعمالهم وإيجاد الحلول المناسبة لها.

---

[1] عوض خلف العنزي، مرجع سبق ذكره، ص 48.

[2] J. Bank, **The essence of Total Quality Management**, UK, Pearson Education international, 2000, p 2.

[3] Sk. Mandel, Op-cit, p 6.

[4] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 147.

- نظام الزبون الداخلي: خلق ثقافة عمل يكون فيها كل مستوى من العمليات، وكل فرد في هذه العملية مرتبطين كزبائن ضمن سلسلة أنشطة إنتاج وتسليم السلع والخدمات. هذا النظام هو مفتاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال تضمين كل الأفراد في عملية تحقيق رضا الزبون.[1]

- تدريب وتطوير الأفراد : تؤمن فلسفة إدارة الجودة الشاملة أن الأفراد هم جوهر نظام إدارة الجودة الشاملة، لذا يجب تدريبهم وتطويرهم من أجل فهمهم لعملية إدارة الجودة الشاملة، لقيم ورؤية المنظمة، لنظم وأدوات إدارة الجودة الشاملة، وقبل كل شيء فهم حاجات الزبائن. هذا النظام يمهد لتشجيع وتمكين الأفراد في المنظمة لأداء أفضل.[2]

- التمكين وفرق العمل: التمكين من أجل إتاحة فرصة التعلم للأفراد، وممارسة وتطبيق خبراتهم، ابتكاراتهم، ومعارفهم. أما مدخل فرق العمل فهو من أهم مبادئ ثقافة عمل إدارة الجودة الشاملة حيث يتم تكوينها لتحديد معوقات الأداء المتميز، والعمل على إيجاد الحلول المناسبة لها، وتمكين هذه الفرق من إجراء التغييرات التي تقترحها.[3]

- اتخاذ القرارات المرتكزة على الحقائق: تتيح إدارة الجودة الشاملة للمنظمة أن تتبنى مفهوم فرص التحسين في حل المشاكل، يشترك في تنفيذه كافة العاملين بالإضافة إلى الزبائن، من خلال تفهم العمل ومشاكله وكافة المعلومات التي تمثل الأساس في اتخاذ القرارات، وهذا بالاعتماد على وجود جهاز فعال لنظم المعلومات بالمنظمة.[4]

- منع الأخطاء قبل وقوعها : يعد تحسين جودة الخدمات والمنتجات من أهم أهداف إدارة الجودة الشاملة، والوسيلة لذلك هي الحد من الأخطاء، وإعادة الأعمال، والهدر، عن طريق الأخذ بمبدأ الوقاية من الأخطاء والعيوب من خلال الفحص والمراجعة والتحليل المستمر سعيا لكشف المشاكل قبل وقوعها، وإيجاد الحلول المناسبة لها وذلك لأن تكلفة الوقاية أقل من تكلفة العلاج.[5]

إضافة إلى ما سبق من مبادئ لإدارة الجودة الشاملة فإنها منهجية عمل تهدف إلى تمكين كل عضو في المنظمة، وتحقيق التحسين المستمر وطويل الأجل لكل من الجودة والإنتاجية، بالإضافة إلى تشجيع العاملين على تبني التغيير، فهي عبارة عن تكامل لمجموعة من التقنيات والمبادئ الكفيلة بنشر مفهوم الجودة، واستخدام أدوات الإدارة الحالية بطريقة منظمة، عن طريق تحقيق التوازن بين العلاقة كلفة-منفعة، فإدارة الجودة الشاملة تستطيع مساعدة الإدارة في قياس كفاءة وفاعلية استعمال الموارد ضمن المنظمة.[6]

---

[1] Sk. Mandal, Op-cit, p 6.
[2] Ibid, p 7.
[3] عوض خلف العنزي، مرجع سبق ذكره، ص 49.
[4] فهد بن زايد الدعجاني، **مدى إمكانية تطبيق الجودة الشاملة في إدارة الوافدين بجوازات منطقة الرياض**، (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا)، 2005، ص 36.
[5] فواز التميمي، مرجع سبق ذكره، ص 31.
[6] G. Au & Others, **Facilitating implementation of Total Quality Management**, (Elsevier Science, 36, pp 287-299), 1999, p288.

ثانيا : المفاهيم الأساسية للخدمة الصحية.

قبل الخوض في الخدمة الصحية سنتطرق أولا إلى مفهوم الخدمة وخصائصها لكون الخدمة الصحية نوعا من أنواع الخدمات بصفة عامة.

1- مفهوم وخصائص الخدمات.

1-1 مفهوم الخدمة : اختلفت وجهات نظر الكتاب حول تحديد تعريف للخدمة، وتعددت وفقها التعاريف التي تناولت هذا الجانب بسبب وجود خدمات ترتبط بشكل كلي أو جزئي بالسلع المادية مثل الإيجار والخدمات الفندقية ... بينما تمثل بعض الخدمات أجزاء مكملة لعملية تسويق السلع المباعة مثل الصيانة، كما أن هناك خدمات أخرى تقدم مباشرة لا تتطلب ارتباطا بسلعة ما مثل الخدمات الصحية.[1] وسنورد فيما يلي هذه التعاريف:

- الخدمة عبارة عن أوجه النشاط غير الملموسة التي تهدف إلى إشباع الرغبات والحاجات عندما يتم تسويقها للمستهلك أو الزبون الصناعي مقابل دفع مبلغ معين.[2]

- عرفت الجمعية الأمريكية للتسويق الخدمة : هي مجموعة من الأنشطة أو المنافع تعرض للبيع أو تقدم مرتبطة مع بيع السلع.[3]

- عرفها فيليب كوتلر Ph. Kotler : أي عمل أو أداء غير ملموس يقدمه طرف إلى طرف آخر دون أن ينجم عن ذلك ملكية أي شيء، وإنتاجية الخدمة يمكن أن تكون مرتبطة أو غير مرتبطة بالسلع المادية. [4]

- جاء تعريف كرونروس C. Gronroos : الخدمة هي مجموع الأنشطة التي يتولد عنها تأثير وعلاقة متبادلة بين الزبون من جهة، والهياكل، الموارد البشرية، السلع، والأساليب المهيأة للاستجابة لرغبات هذا الزبون من جهة أخرى.[5]

- كما تم تعريف الخدمة : إنتاج فائدة غير ملموسة أصلا إما بحد ذاتها أو كعنصر بارز في منتج ملموس، والتي تحقق من خلال شكل ما من أشكال التبادل حاجة محددة للمستهلك.[6]

يلاحظ من التعاريف السابقة الذكر أنها اعتبرت الخدمة نشاط يقوم به طرف إلى طرف آخر، هذا النشاط يقوم أحيانا على أساس تفاعل هذين الطرفين من أجل خلق قيمة للطرف المستفيد من الخدمة، كما قد يرتبط هذا النشاط أو لا يرتبط بسلع مادية.

---

[1] أم الخير ميلودي، **تحليل النشاط التسويقي للخدمات الإشهارية في المؤسسة العمومية للإذاعة المسموعة،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير)، 2002، ص 56.

[2] دليلة تيتام، **تسويق خدمة الطرود البريدية في قطاع البريد والمواصلات،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير)، 2002، ص 30.

[3] أم الخير ميلودي، مرجع سبق ذكره، ص 56.

[4] ليلى بن عيسى، **أهمية التسيير العمومي الجديد في قطاع التعليم العالي،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بسكرة، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير)، 2006، ص 3.

[5] عبد القادر برانيس، **التسويق في مؤسسات الخدمات العمومية،** (رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير)، 2007، ص 36.

[6] محمد زاهر دعبول وآخرون، **مبادئ تسويق الخدمات،** دمشق، دار الرضا، 2003، ص 26.

وبمنظور أكثر شمولا لتعريف الخدمة جسد الباحث شرويدر مفهوما أطلق عليه مثلث الخدمة، الذي يتكون من أربعة عناصر هي:[1]

- الإستراتيجية: هي الرؤية أو الفلسفة التي تكون كمرشد لإدارة المنظمة لكل جوانب تسليم الخدمة للزبون.
- الزبون: الذي يمثل مركز المثلث ومركز تقديم الخدمة.
- النظام: هو مجموع النظام المادي والإجراءات التي تستخدمها المنظمة في إنتاج الخدمة.
- العاملون: هم المسؤولون عن إنتاج وتقديم الخدمة في المنظمات الخدمية.

إن العناصر التي جاء بها مثلث الخدمة تزود الإدارة العليا للمنظمة بطريقة تفكير واضحة حول كل ما يتعلق بعمليات صناعة الخدمة. وهذه المفاهيم مفيدة للمنظمة عند التفكير في تصميم أنظمة الخدمة، تجنب الإدارة الوقوع في كثير من المشاكل التي تواجه إنتاج الخدمة، وأخيرا يفيد مثلث الخدمة في تشخيص المشاكل التي تواجه الإدارة ومن ثم تحديد أسباب تقديم خدمات غير جيدة للزبون.[2]

1-2 خصائص الخدمة: من خلال التعاريف السابقة للخدمة يمكن استخراج الخصائص التي تميز الخدمة، وهي:

- اللاملموسية Intangibility: بمعنى عدم إمكانية لمس الخدمة، ومن ثم من يصعب على الزبون التعرف على جودة الخدمة إلا بعد تجريبها.[3] وهذا أهم ما يميز الخدمة عن السلعة، وبالتالي فإن الجهود التسويقية تركز على إظهار المنافع التي ستعود على المستفيدين من استخدامهم للخدمة.[4]

- التلازم Inseparability: غالبا ما يتزامن كل من إنتاج، تقديم، واستهلاك الخدمة، وهو ما يعني أن البيع المباشر يكون قناة التوزيع المناسبة،[5] كما أن تقديم الخدمة ينتج عادة من خلال تفاعل كل من مقدم الخدمة والمستفيد منها.[6]

- التباين Heterogeneity: غالبا ما يكون من الصعب المحافظة على مستوى واحد من المعيارية في المخرجات لذات الخدمة المقدمة للزبون، وذلك يعود إلى مهارة وأسلوب وكفاءة مقدمها وزمان ومكان تقديمها، وهذا ما يعطيها ميزة عدم الثبات، ويكون هذا التباين في تقديمها حتى من طرف الشخص نفسه، ويرجع ذلك إلى:[7]

- اشتراك الزبون في إنتاج الخدمة باحتياجاته الخاصة والمميزة.
- اختلاف مهارات وقدرات المنتج في إنتاج نفس الخدمة من عميل لآخر.

---

[1] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 53.
[2] المرجع السابق، ص 54.
[3] إياد شوكت منصور، **إدارة خدمة العملاء**، عمان، دار كنوز المعرفة العلمية، 2008، ص 180.
[4] دليلة تيتام، مرجع سبق ذكره، ص 4.
[5] عوض خلف العنزي، مرجع سبق ذكره، ص 37.
[6] محمد زاهر دعبول وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 28.
[7] ليلى بن عيسى، مرجع سبق ذكره، ص 5.

- الهلاك Perish ability: أي قابلية الخدمة للتلاشي أو الفناء فور تقديمها أو بعد فترة معينة حيث لا يمكن تخزينها، وهذا ما يجعل من الطلب المتذبذب عليها مشكلة كبيرة.كما هو الحال في مجال النقل والسياحة والفندقة.[1]

- عدم التملك Lack of ownership : إن عدم القدرة على امتلاك الخدمة يعود إلى عدم ملموسيتها وهلاكها، كما أنه عندما تقدم الخدمة لا يتم نقل الملكية من البائع إلى الزبون، فالزبون يشتري فقط الحق في عملية الخدمة مثل استعمال موقف للسيارات.[2] أي يمكن الانتفاع من الخدمة دون الحق بامتلاك الجوانب المادية التي تنتج عنها الخدمة.[3]

مع التنوع والتطور الذي تشهده صناعة الخدمات في عصرنا، فانه ليس من الضروري أن تتلاءم الخدمات المختلفة مع الأبعاد السابقة.

يمكن تلخيص الخصائص المميزة للخدمة بالإضافة إلى خصائص أخرى في الجدول رقم 11 الذي يبين الفرق بين منتج الخدمة والسلعة.

الجدول رقم 11: مقارنة بين منتج السلعة والخدمة.

المعيار	السلعة	الخدمة
اللمس	تكون قابلة للمس	تكون غير قابلة للمس
الإنتاج والاستهلاك	يمكن فصل عملية الإنتاج عن الاستهلاك	يكون الإنتاج والاستهلاك متزامنين
التخزين	يمكن تخزينها	لا يمكن تخزينها
البيع	السلعة ذاتها يمكن بيعها أكثر من مرة	لا تتكرر عملية البيع أكثر من مرة
النقل	يمكن نقلها حسب مكان الحاجة إليها	لا يتم نقلها إلى مكان الاحتياج في معظم الحالات
وسيلة النقل	يتم نقلها إلى الزبون من خلال وسائل مختلفة	يتم نقلها إلى الزبون من خلال مجهز الخدمة نفسه
التصدير	يمكن تصديرها	لا يمكن تصديرها لارتباطها بمنتجها
العرض	يمكن أن تكون معروضة قبل الشراء	لا يمكن أن تكون معروضة قبل الشراء
عمليات الإنتاج	تكون معقدة ومتداخلة	تكون سهلة لكنها غير محددة
مشاركة الزبون	لا يشارك الزبون في عملية الإنتاج	يشارك الزبون في معظم عمليات الإنتاج
معايير قياس العملية	تكون واضحة	لا تكون واضحة

المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، عمان، دار الشروق، 2006، ص 58.

[1] عوض خلف العنزي، مرجع سبق ذكره، ص 37.
[2] محمد زاهر دعبول وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 31.
[3] ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، عمان، دار اليازوري العلمية، 2005، ص 58.

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن هنالك فروق جوهرية بين السلعة والخدمة، إلا أن هذا لا ينفي الهدف المشترك لهما وهو إرضاء الزبون، من خلال تحسين جودة كليهما.

1- 3 تصنيف الخدمات: إن التنوع الكبير للخدمات قد جعل من محاولات تقليل الخدمات إلى عدد قليل من الفئات أمرا صعب المنال، وقد تم اقتراح أسس عديدة لتصنيف الخدمات ، ونورد بعضا من تلك الأكثر انتشارا :

- من حيث الإعتمادية: نميز بين الخدمات التي تعتمد على الأفراد في تقديمها، وهنا أصبح طلب الخدمة يتأثر بالشخص الذي يتولى تقديمها. أما النوع الآخر فهي الخدمات التي تعتمد على المعدات في تقديمها فهي تختلف إذا ما كانت المعدات ذات تسيير ذاتي أم يتم تشغيلها من قبل الإنسان كخدمات الصراف الآلي.[1]

- من حيث درجة مشاركة الزبون: تتطلب بعض الخدمات حضور ومشاركة الزبون للحصول على الخدمة، بينما خدمات أخرى لا تتطلب إلا مشاركة رمزية أو بسيطة من قبل الزبون فيها. كما أن هناك خدمات أخرى ليس من الضروري للزبون أن يكون مشاركا في عملية تقديم الخدمة، مثل الاستماع إلى الموسيقى.[2]

- حسب طبيعة الخدمة: يمكن تصنيف الخدمات إلى خدمات ضرورية مثل الخدمات الصحية، وخدمات كمالية مثل التسلية والترفيه.

- حسب الخبرة المطلوبة في أداء الخدمة: يمكن تصنيف الخدمات حسب هذا المعيار إلى خدمة مهنية مثل خدمات الأطباء والمحامين والمستشارين الإداريين. بالإضافة إلى خدمات غير مهنية مثل خدمات حراسة العمارات .[3]

وبتفصيل أكثر حول معايير تصنيف الخدمات نورد الجدول التالي: الذي يبين المعنى من كل معيار ومثال عن أنواعه.

[1] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 74.
[2] محمد زاهر دعبول وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 39.
[3] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 76.

الجدول رقم 12: تصنيف عمليات الخدمة.

المعيار	ماذا يقصد به	الأمثلة
الزبون	الزبون الأخير منظمة الأعمال كليهما	علاج الأسنان الاستشارات الإدارية تنظيم الحدائق والعناية بها
الدوافع	خدمات بدافع البيع خدمات ليس بدافع البيع	وكالات الإعلأن الجامعات والجمعيات الخيرية والمنظمات الحكومية
أساس تقديم الخدمة	العنصر البشري الآلات والمعدات كليهما	الطبيب النفسي غسل السيارات ميكانيكيا النقل الجوي
حضور الزبون	ضروري وغير ضروري	حلاقة الشعر تنظيف الملابس
مستوى الخبرة	مهنية وغير مهنية	التمريض تنظيف المنزل
طبيعة الخدمة	ضرورية كمالية	الخدمات الصحية البرامج التلفزيونية

المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، عمان، دار الشروق، 2006، ص 77.

2- الخدمة الصحية.

تعد الرعاية الصحية أحد مجالات الرعاية الاجتماعية التي تحظى باهتمام كبير من الحكومات والخواص، لما لها من تأثير على صحة الإنسان من ناحية وزيادة رفاهيته من جهة أخرى.

2-1 تعريف الخدمة الصحية: يمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها جميع الخدمات التي تؤثر في صحة الإنسان، إذ تشمل جميع الجهود التي تبذلها النظم الصحية المختلفة للحفاظ على الصحة و الوقاية من الأمراض، بالإضافة إلى الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض.

كما تم تعريفها على أنها الرعاية التي تقدم للمريض سواء بفحصه أو تشخيص مرضه أو إلحاقه بإحدى المنظمات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجه والغذاء الجيد الذي يتلاءم مع حالته بالإضافة إلى حسن معاملة الفريق المعالج له لمساعدته على استعادة صحته.[1]

[1] سهام علي أحمد القبندي، **تقويم الخدمة الإجتماعية الطبية بالمستشفيات العامة والتخصصية والتخطيط لتطويرها بدولة الكويت**، (مجلة العلوم الإجتماعية، المجلد 32، العدد 3)، 2004، ص 539،540.

جاء تعريف آخر للخدمة الصحية بأنها الرعاية الأساسية التي تقدم بشكل واسع لأفراد المجتمع من خلال وسائل عملية موضوعة على أساس علمي ومقبولة لدى أفراد المجتمع وذلك بمشاركتهم الفاعلة، وبتكلفة يستطيع المجتمع والدولة تحملها في كل مرحلة من مراحل التنمية.[1]

كما تم تعريف الخدمة الصحية : جميع الأنشطة المقدمة من قبل القطاع الصحي في سبيل الوقاية من الأمراض النفسية والجسمية وعلاجها.[2]

من خلال التعاريف السابقة يمكن استخراج التعريف التالي للخدمة الصحية : هي مجموع الأنشطة التي تقوم بها المنظمات الصحية - سواء كانت حكومية أو خاصة – من أجل المحافظة على صحة الأفراد والوقاية من الأمراض بهدف تحقيق التنمية البشرية للمجتمع.

2-2 الخصائص المميزة للخدمة الصحية : هناك مجموعة من الخصائص التي تميز الخدمة الصحية وهي :

- عامة للجمهور حيث تسعى المستشفيات من خلال تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها.[3]
- منتشرة في شبكة كبيرة من المستشفيات والوحدات الصحية: هذا يجعلها في متناول كل فرد.[4]
- ذات جودة عالية لارتباطها بحياة الإنسان التي لا يمكن تعويضها، لذا فإن معيارية أداء الخدمة الصحية تكون عالية وتخضع لرقابة إدارية وطبية واضحة.
- تتأثر بالأنظمة الحكومية والقوانين فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها و الكيفية التي يتم بها تقديم الخدمة.
- تكون قوة اتخاذ القرار موزعة بين مجموعتين الإدارة والأطباء.
- بالنسبة للمستشفيات العامة عادة ما تكون الخدمة الصحية مجانية أو بأسعار رمزية، نتيجة وجود طرف ثالث في تمويل عمل هذه المستشفيات (الحكومة، الجمعيات الخيرية...)
- وجوب الاتصال المباشر بين مقدم الخدمة الصحية و المستفيد منها ولا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه.
- صعوبة اعتماد المعايير والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في خدمات أخرى على الخدمات الصحية، لأن ذلك قد يتعارض مع الرسالة التي أوجدت من أجلها المنظمة الصحية ، والأهداف التي حددتها، خاصة بما يتعلق بالمستشفيات العامة.

---

[1] حنان بنت عبد الرحيم الأحمدي، **محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية : دراسة نوعية**، (دورية الإدارة العامة، المجلد46، العدد 3)، 2006، ص 454.
[2] أحمد عبد الحليم وآخرون، **مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية : دراسة تقييمية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها**، (مؤتة للبحوث والدراسات، المجلد 16، العدد 6)، 2001، ص 84.
[3] ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص 59.
[4] سهام علي أحمد القبندي، مرجع سبق ذكره، ص 540.

- ضرورة الاستعداد الدائم لتقديم الخدمة الصحية من خلال حشد جميع الطاقات الإدارية والطبية لإنتاجها وتقديمها، إذ لا يمكن الاعتذار أو التأخر عن الاستجابة للطلب، لأن ذلك يعني الإخفاق في مهمة المستشفى الإنسانية وواجباتها، بينما تكون الحالة مقبولة في المنظمات الخدمية الأخرى حيث يمكن الاعتذار عن تقديم الخدمة وطلب البحث عنها في مكان آخر.[1]

أهم ما يميز الخدمة الصحية هو أنها تتعلق مباشرة بحياة الفرد، والمورد البشري هو أهم المورد بالنسبة للمنظمة.

2-3 أنواع الخدمات الصحية: يمكن تصنيف الخدمات الصحية حسب طبيعتها إلى :

- الخدمات العلاجية: هي جوهر عمل المستشفى وسبب وجودها، فهي خدمات يتم تقديمها عن طريق الأطباء والمراكز الطبية وهي تشكل نقطة الدخول للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المريض، وتشمل العلاج الطبيعي، العلاج الشعاعي، العلاج الجراحي...

- الخدمات التشخيصية : وهي مجمل الخدمات المتعلقة بتشخيص الأمراض سواء عن طريق التشخيص السريري، الشعاعي، المخبري، أو النفسي.[2]

- خدمات التأهيل والرعاية طويلة الأجل : فهي خدمات إعادة تأهيل المرضى والمصابين جراء الحوادث أو أسباب أخرى، من أجل تأهيلهم لممارسة حياة طبيعية نشطة.

- الخدمات الوقائية: هي خدمات محددة ومباشرة يجري التخطيط لها وتقديمها لوقاية الأفراد من مرض معين مثل حملات التطعيم الجماعي، كما تشمل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها. تعد الخدمات الوقائية الوظيفة الثانية للمستشفى بعد الخدمات العلاجية.[3]

مهما يكن نوع الخدمة الصحية المقدمة فأهم ما يجب أن يميزها هو الجودة العالية التي تعد أهم الخصائص لارتباط الخدمة الصحية بحياة الإنسان.

ثالثا: جودة الخدمة الصحية.

سنتناول في هذا العنصر كل من تعريف جودة الخدمة الصحية، أهميتها، أبعادها، وأخيرا كيفية قياسها.

1- تعريف جودة الخدمة الصحية.

يعد مفهوم جودة الخدمة الصحية من أعقد المفاهيم سواء من حيث التعريف أو القياس، لأن العديد من أوجه الخدمة الصحية تبدو غير واضحة المعالم للأطراف المشاركة بها سواء مقدم الخدمة أو

---

[1] ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص 59، 60.

[2] أحمد محمد غنيم، **إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة**، المنصورة، المكتبة العصرية، 2006، ص 42.

[3] المرجع السابق، ص 23.

المستفيد منها. وقد عرف هذا المفهوم اجتهادات كثيرة من طرف الباحثين من أجل التوصل إلى تحديد تعريف للخدمة الصحية:

1-1 حدد دونابديون Donabedion ثلاثة مكونات لجودة الخدمة الصحية هي :

- المكونات الفنية أو التقنية التي تشير إلى درجة حسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية لأغراض تشخيص ومعالجة المشاكل الصحية.
- المكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية للجودة في الاستجابة لحاجات وتوقعات المرضى والمعاملة الجيدة والاهتمام من طرف مقدمي الخدمة الصحية عند تعاملهم مع المرضى.
- أما المكونات البيئية للخدمة الصحية فهي البيئة الكلية التي يتم ضمنها تقديم الخدمة الصحية وتتكون من جاذبية الوحدة الصحية ومدى توفر مستلزمات الراحة والاطمئنان للمرضى، بالإضافة إلى الخصائص الهيكلية و التنظيمية لها.[1]

2-1 أما جرونروس Gronroos فقد أشار إلى أن جودة الخدمة* تتكون من ثلاثة أبعاد. الجودة الفنية Technical Quality: وهي ما يتم تقديمه من خدمات، الجودة الوظيفية Functional Quality : وترتبط بطريقة تقديم الخدمة، أي كيفية أداء وتقديم الخدمة. ويتصل هذا الجانب بالتفاعل الشخصي بين مقدم الخدمة والزبون. ويتم إدراك هذا الجانب بواسطة العميل ذاته ويتضمن هذا الجانب:

- اتجاهات وسلوك مقدم الخدمة نحو العميل.
- نوعية العلاقات بين مقدمي الخدمة.
- العقلية الموجهة نحو خدمة وإرضاء الزبون.
- سهولة إجراءات تقديم الخدمة للزبون.
- سهولة التحدث والتعامل مع العاملين بالمنظمة ممن لهم اتصال مباشر بالزبائن.
- مظهر وشخصية مقدمي الخدمة.

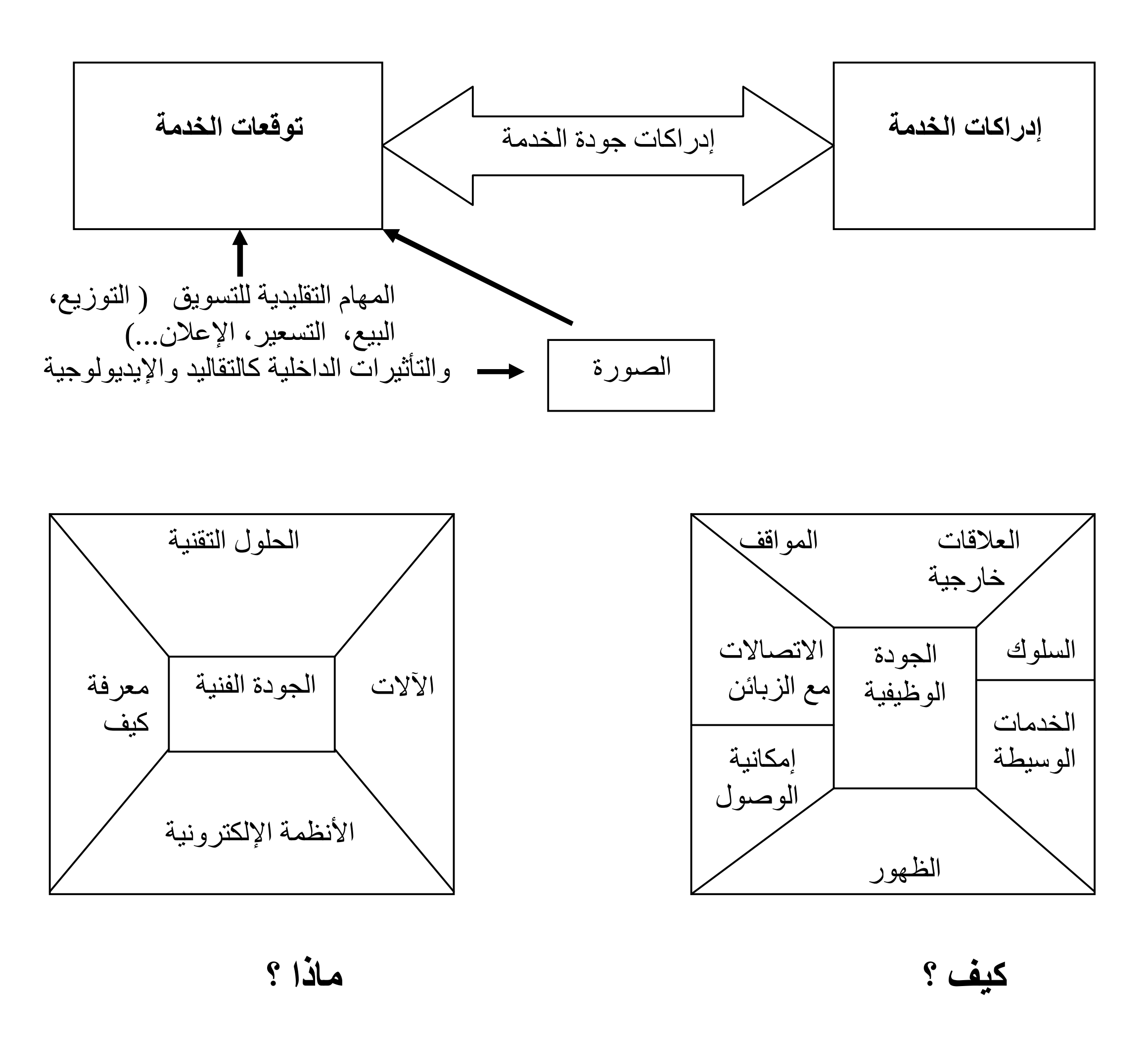
وأخيرا الصورة الذهنية عن المنظمة Corporate Image Dimension: وهو ما يتوقف على تقييم المرضى ورضاهم عن الجوانب الفنية والوظيفية لهذه الخدمات.[2] والشكل التالي يبين نموذج جودة الخدمة حسب جرونوس.

[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، الشارقة، مكتبة الجامعة، 2008، ص 388.

[2] هواري معراج، **تأثير سياسات التسويقية على تطوير الخدمات المصرفية في المصارف التجارية الجزائرية**، (رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير)، 2005، ص 37.

*** بما أن الخدمة الصحية نوع من أنواع الخدمات فان الباحثة رأت أن هناك العديد من المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة يمكن إسقاطها على الخدمة الصحية.**

الشكل رقم 9 : نموذج جودة الخدمة* .



المصدر: Philip Kotler & Others, **Marketing for Hospitality and Tourism**, New Jersey, Pearson Edition international, 2003, p429.

1-3 كما أن هناك من يرى أن جودة الخدمة الصحية مفهوم واسع ومعقد يعني أشياء مختلفة للأطراف المتعددة المشاركة في عملية إنتاج وتقديم واستهلاك الخدمات الصحية، ومن خلال هذا يمكن تعريف جودة الخدمة الصحية من خلال نظرة المشاركين فيها:

- فهي تعني لمدراء المستشفيات توظيف أفضل العناصر البشرية والتسهيلات (أبنية، أجهزة، ومعدات) لتقديم الخدمة الصحية.
- كما تعني للمرضى تلقي رعاية تتصف بالمودة والاحترام والشعور بأنهم محور الاهتمام والتركيز من قبل مقدمي هذه الخدمة.

*** بما أن الخدمة الصحية نوع من أنواع الخدمات فان الباحثة رأت أن هناك العديد من المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة يمكن إسقاطها على الخدمة الصحية.**

- أما بالنسبة للأطباء فهي تعني توفير وتوظيف أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات الطبية لخدمة المريض.
- كما قد ينظر ممولوا الخدمة الصحية (صناديق التأمين وأرباب العمل) على أنها تكلفة لهذه الخدمات.[1]

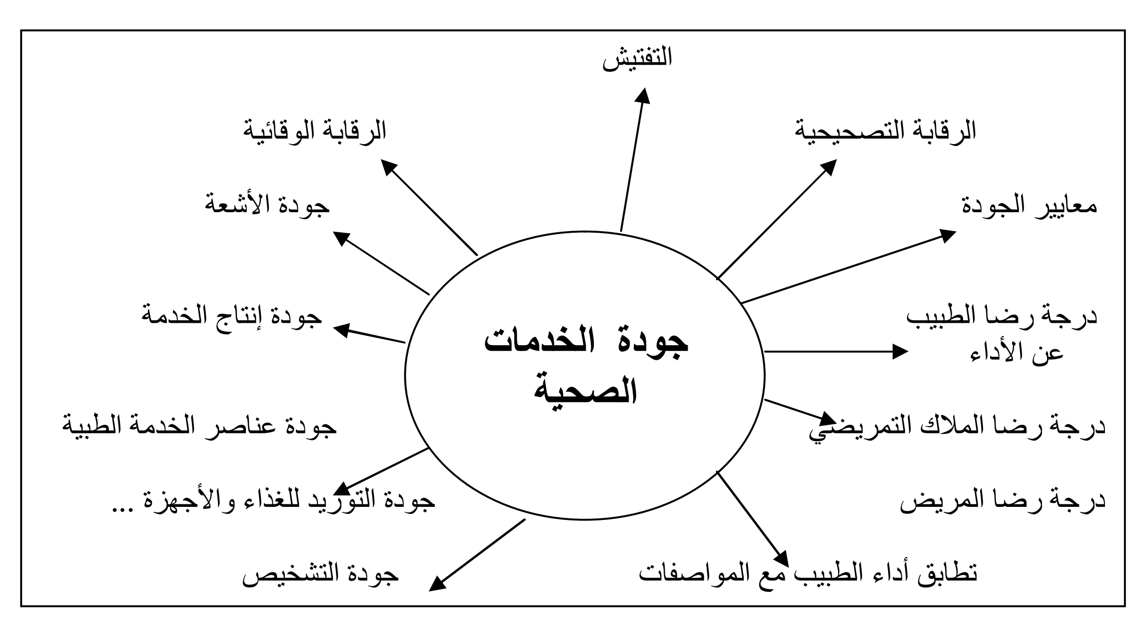
1-4 أما الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية فقد عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة.[2]

1-5 كما أن هناك من يرى أن جودة الخدمة الصحية لا تشمل فقط جودة احد العناصر كالفندقة الطبية أو التغذية أو فن المعاملة أو الأسعار، ولكن يقصد بها الجودة الشاملة التي تحقق:

- تطابق المواصفات المعيارية
- تحقيق رضا المرضى والملاك الطبي والتمريضي والإداري
- حافز للمستثمر في المستشفى الخاص بالبقاء في المهنة وتحقيق التقدم والنمو.
- ضمان التحسينات المستمرة في جميع الخدمات والوظائف والمعاملات في المستشفى.[3]

والشكل التالي يبين مختلف جوانب جودة الخدمة الصحية.

الشكل رقم 10: أهم مقاييس الجودة في المستشفيات.



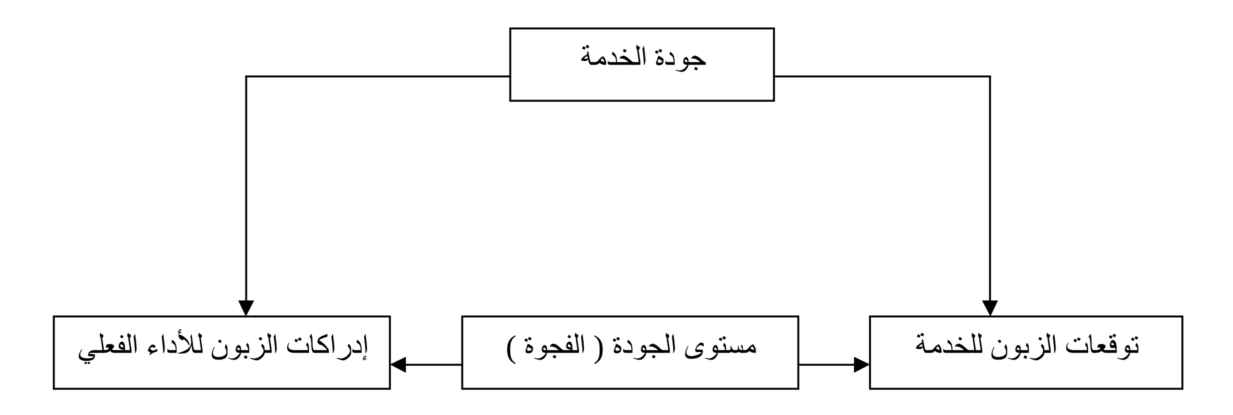
المصدر: فريد النجار، **إدارة المستشفيات وشركات الأدوية**، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2007، ص 470.

[1] فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 388، 389.
[2] عبد العزيز مخيمر وآخرون، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات**، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية،2003، ص 187.
[3] فريد النجار، **إدارة المستشفيات وشركات الأدوية**، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2007، ص 469.

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن جودة الخدمة الصحية مفهوم معقد لتعلقها بمجموعة من الأطراف المشتركين فيها، وهذا ما يجعل الجودة متعددة الأبعاد.

6-1 وتميل غالبية التعاريف الحديثة إلى أن جودة الخدمة* هي معيار لدرجـــة تطـــابق الأداء الفعلـــي للخدمة مع توقعات الزبائن لهذه الخدمة. مثلما هو مبين في الشكل رقم 11.

الشكل رقم 11: مفهوم جودة الخدمة.



المصدر : قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، عمـــان، دار الشـــروق، 2006، ص 90.

يمكن التعبير عن جودة الخدمة رياضيا بالمعادلة التالية:

جودة الخدمة = توقعات الزبون لمستوى الأداء – إدراك الزبون للأداء الفعلي.

من خلال المعادلة السابقة يمكن إيراد ثلاثة مستويات للخدمة هي :

- الخدمة العادية : تتحقق عندما يتساوى إدراك الزبون لأداء الخدمة مع توقعاته المسبقة عنها.
- الخدمة الرديئة : تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة لها.
- الخدمة المتميزة : تتحقق عندما يفوق الأداء الفعلي توقعات الزبائن.[1]

" ويمكن إسقاط هذا المفهوم على مجال الرعاية الصحية حيث أن الخدمة الصحية نوع من أنواع الخدمات "

ذكرنا سابقا أن مفهوم جودة الخدمة الصحية معقد وأن تحديد تعريف لهل أمر صعب: فهناك من يعرفها من خلال تجزئتها إلى مكوناتها، كما أن هناك من يعرفها من خلال وجهة نظر الأطراف المشتركة في تحقيقها، بالإضافة إلى وجهة النظر الرامية إلى تعريفها من خلال التركيز على متلقي الخدمة.

---

[1] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 91.

*** بما أن الخدمة الصحية نوع من أنواع الخدمات فان الباحثة رأت أن هناك العديد من المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة يمكن إسقاطها على الخدمة الصحية .**

ومن خلال كل ما سبق يمكن تعريف جودة الخدمة الصحية على أنها نتيجة تكامل كل من الأفراد والمعدات والأنظمة من أجل تحقيق رضا المريض عن الخدمة الصحية المقدمة.

2- العناصر المؤثرة في جودة الخدمة الصحية.

إن تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية من الأمور الصعبة وذلك نتيجة تباين إدراك المستفيدين من هذه الخدمات، ومن اجل فهم أكثر لجودة الخدمة الصحية سنقوم بذكر العوامل المؤثرة فيها:[1]

2-1 تحليل توقعات المستفيدين من الخدمة الصحية: عند تصميم الخدمة يجب أولا فهم توقعات المستفيدين منها من أجل تقديم خدمة ذات جودة تلبي هذه التوقعات وتفوقها، ويتم التعرف على توقعات الزبائن من خلال أدوات موضوعية مثل بحوث التسويق فضلا عن إجراء الاتصالات مع الزبائن...

2-2 محددات جودة الخدمة الصحية : بعد التعرف على توقعات الزبائن يتم ترجمة أو توصيف هذه التوقعات للمساعدة في ضمان تحقيق المستوى المطلوب من الجودة، ويكون هذا التوصيف مرتبطا بأداء العاملين في المستشفى وبمستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الصحية. كما أن التزام الإدارة بهذه المحددات يشجع ويحفز الأفراد العاملين على الالتزام بمواصفات جودة الخدمة الصحية المقدمة.

2-3 أداء العاملين : يجب على إدارة المستشفى إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن الأداء المناسب للمَلاك الطبي والتمريضي والخدمي المتصل بالمرضى. كما أن نظام التقييم للرواتب والحوافز المستخدم في المستشفى يعد مهما بسبب ارتباطه بمقدار المخرجات المتحققة من أداء العمل، إذ يجب أن تقوم هذه الأنظمة على أساس استقصاءات لآراء المرضى وردود أفعالهم من أجل تقييم موضوعي وفعلي لأداء العاملين.

2-4 إدارة توقعات الخدمة الصحية: عن طريق اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المستشفى والترويج والإعلان في خارجها من أجل التعرف المبكر لتوقعات الزبائن حول جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المستشفى، وهنا يجب على المستشفى أن لا تُقدم وعودا لا تستطيع تحقيقها لأن هذا سينعكس على عدم رضا الزبائن عن الخدمة المتوقع حصولها.

جودة الخدمة الصحية هي تكامل لمجموعة من الجهود التي يقدمها الأطراف المشاركون في تقديمها، بالإضافة إلى المعلومات المرتدة من الزبائن بصفة عامة، ومن المرضى بصفة خاصة. وتكون هذه المعلومات مُقاسة من خلال أبعاد جودة الخدمة الصحية.

[1] ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، عمان، دار اليازوري، 2005، ص 204-209.

3- أبعاد جودة الخدمة الصحية:

من أجل فهم أكثر لمفهوم جودة الخدمة الصحية سنقوم بذكر أبعادها التي يمكن من خلالها قياسها، وقد توصلت مجموعة من الباحثين إلى أن الأبعاد الأساسية لجودة الخدمة الصحية التي تبنى عليها توقعات وإدراكات الزبائن وبالتالي حكمهم على جودة الخدمة الصحية وهي:

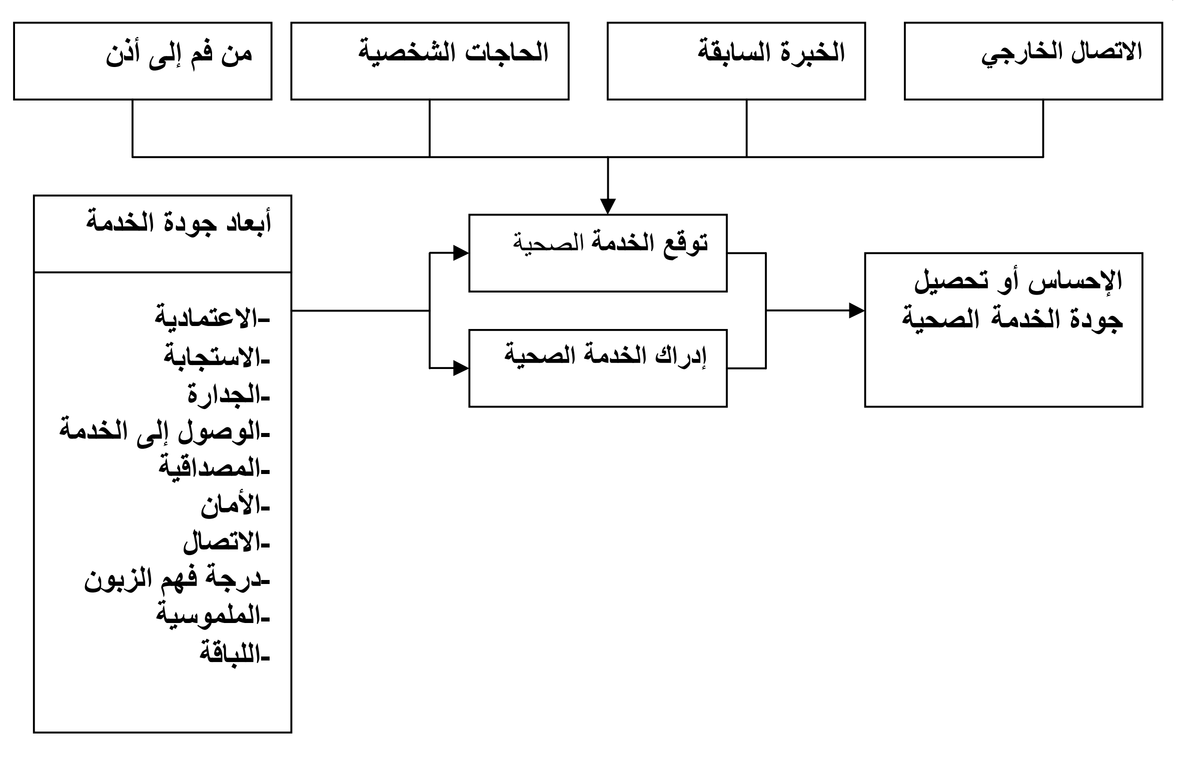
- الاعتمادية Reliability: وتعني الاتساق في الأداء وإنجاز الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، فهي قدرة مقدم الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، فالمستفيد يتطلع إلى مقدم الخدمة بأن يقدم له خدمة دقيقة، من حيث الوقت والإنجاز، مثلما وعده.[1]
- الاستجابة Responsiveness: هي الرغبة والاستعداد لتقديم الخدمة بالتوقيت المناسب بالإضافة إلى القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة والطارئة للمريض من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة الصحية.
- الجدارة Competence: أو الكفاءة التي تعني امتلاك المهارات المطلوبة والمعرفة لتقديم بالخدمة الصحية.[2]
- الوصول إلى الخدمة Accessibility: يتضمن هذا البعد كل ما من شأنه أن ييسر من الحصول على الخدمة، مثل موقع المستشفى.
- المصداقية Credibility: مدى الالتزام بالمواعيد التي تقدمها المستشفى للزبائن فيما يتعلق بالخدمات المقدمة وتحسينها وهذا أساس الثقة المتبادلة.[3]
- الأمان Security: يعني خلو المعاملات بين المستشفى والمرضى من الشك أو المخاطرة، فيما يتعلق بمدى سلامة عملية تقديم الخدمة الصحية.
- الاتصال Communication: وجود قنوات اتصال واضحة وإجراءات لنقل المعلومات من المرضى إلى المستشفى حول الاقتراحات أو الاعتراضات المقدمة لإجراء التعديلات المطلوبة.
- درجة فهم مقدم الخدمة* للمستفيد Understanding the customer: تعكس الجهود المبذولة من أجل التعرف على احتياجات الزبون، ومواءمة الخدمة مع تلك الاحتياجات، بالإضافة إلى الاهتمام الشخصي بالزبون وسهولة التعرف عليه.
- الملموسية Tangibility: تتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال، التي تمكن من تقديم الخدمة الصحية.[4]

[1] هواري معراج، مرجع سبق ذكره، ص 40.
[2] عز الدين علي محمد سويسي، **إدارة الجودة الشاملة وأثرها على مستوى أداء الخدمة الصحية :دراسة حالة مركز طرابلس الطبي في الجماهيرية الليبية**، (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أهل البيت، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية)، 2005، ص 46.
[3] مهدي صالح السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص 303.
[4] ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص 212.
*** بما أن الخدمة الصحية نوع من أنواع الخدمات فان الباحثة رأت أن هناك العديد من المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة يمكن إسقاطها على الخدمة الصحية**

- اللباقة أو التعاطف Courtesy / Empathy: هي درجة الرعاية والاهتمام بالزبون، وأن تتسم المعاملة مع الزبون بالصداقة والاحترام والود، فهي الجانب الإنساني في تقديم الخدمة*.[1]

من الشكل التالي تتضح لنا العلاقة بين الفوائد التي يتحصل عليها زبون الخدمة والمنافع التـي كـان يأملها أو تتعدى ذلك من خلال قياس جودة الخدمة الصحية اعتمادا على الأبعاد السابقة الذكر.

الشكل رقم 12: نموذج أبعاد جودة الخدمة.



المصدر : جيلالي قالون، **تسيير جودة الخدمات**، (رسالة ماجستير غير منشورة، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر)، 2003، ص 22.

وقد قامت الدراسات المتلاحقة بتلخيص هذه الأبعاد العشرة في خمسة فقط، أطلق عليها نموذج جودة الخدمة وتشمل النواحي المادية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان واللباقة.

والجدول رقم 13 يوضح معايير تقييم أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة مع أمثلة عنها.

*** بما أن الخدمة الصحية نوع من أنواع الخدمات فان الباحثة رأت أن هناك العديد من المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة يمكن إسقاطها على الخدمة الصحية.**

[1] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 94، 95.

الجدول رقم 13: أبعاد جودة الخدمة الصحية.

البعد	معايير التقييم	الأمثلة
الاعتمادية	- دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى - صحة القوائم المالية - المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.	- ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى - له ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة.
الاستجابة	-تقديم خدمات علاجية فورية - استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية - العمل على مدار ساعات اليوم	- وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق - صالة العمليات جاهزة دائما
الأمان	- سمة ومكانة المستشفى عالية - المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي - الصفات الشخصية للعاملين	- المعاملة الطيبة للمرضى من قبل الأطباء - تدريب ومهارة عالية في الأداء
اللباقة	- اهتمام شخصي بالمريض - الإصغاء الكامل لشكوى المريض -تلبية حاجات المريض بروح من الود واللطف	- المرضة بمثابة الأم الحنون للمريض - النظر للمريض بأنه دائما على حق
الملموسية	- الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج - المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة - أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة	- نظافة عيادة الطبيب وكونها ذات مظهر تخصصي - نوعية الطعام المقدم للراقدين في المستشفى

المصدر : ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، عمان، دار اليازوري، 2005، ص 213.

فقد أثبتت الدراسات انه على الرغم من أن الأبعاد الخمسة ضرورية، إلا أن الوزن النسبي لها يختلف من زبون لآخر، ومن منظمة إلى أخرى، إلا أن بعد الاعتمادية يظل في جميع الأحوال في المرتبة الأولى كأهم بعد يعكس جودة الخدمة، بغض النظر عن طبيعة الخدمة. قد جاءت دراسة كوتلر Kotler بإعطاء أهمية نسبية للأبعاد التي يحكم بواسطتها الزبون على جودة الخدمة كالآتي: الاعتمادية 32%، الاستجابة 22%، الأمان 19%، اللباقة 16%، الملموسية 11%.[1]

[1] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 96.

4- قياس جودة الخدمة الصحية.

عرفت عملية قياس جودة الخدمة جدالا كبيرا في السنوات الأخيرة من خلال العديد من البحوث والدراسات المتخصصة، بهدف البحث عن النموذج المناسب للقياس من خلال الأبعاد التي تميز جودة الخدمة، ومن أهم ما توصلت إليه هذه البحوث: تحديد عدة مداخل من أجل قياس جودة الخدمة نذكر منها:

1-4 المدخل الهيكلي Structural Approach: يتضمن هذا المدخل استخدام الموارد من أجل قياس جودة الخدمة الصحية: على أساس مؤهلات منتجي ومقدمي الخدمة الصحية، بالإضافة إلى المعدات والأجهزة المتوفرة وأسلوب تنظيمها وإدارتها.

يعد هذا المدخل من أسهل المداخل بالنسبة لإدارة المستشفى لسهولة توفر المعلومات المطلوبة للتقييم، حيث يمكن الحصول عليها من سجلات المستشفى أو حتى من الملاحظة البسيطة. ويقوم هذا المدخل على افتراض أنه كلما توفر هيكل جيد للرعاية فإن العمليات الملائمة ستتبع الهيكل، كما أن النتائج ستكون جيدة. غير أن ما أخذ على هذا المدخل أنه ليس بالضرورة أن وجود الهيكل الجيد يؤدي بالضرورة إلى تقديم جودة عالية، وهذا نتيجة إهمال العناصر الأخرى.[1]

2-4 مدخل العمليات Process Approach: يقوم على الأنشطة والخدمات التي يتم تقديمها للمريض، وهي تشكل محتوى الرعاية كعملية، بالإضافة إلى تسلسل هذه الأنشطة ومدى تنسيقها. حيث يعتمد هذا المدخل على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمرضى من خلال تحديد قائمة مسبقة بالعناصر التي يُعتقد أنها تشكل الرعاية الجيدة، ومن ثم مقارنتها مع الأنشطة العملية التي تم القيام بها أثناء تقديم الخدمة الصحية كما هي موثَّقة في السجلات الطبية.

يقوم هذا المدخل على افتراض أن العمليات الصحيحة يتوقع أن تؤدي إلى نتائج نهائية جيدة، ويؤخذ على هذا المدخل تحديده لقائمة الأنشطة والإجراءات التي تشكل الخدمة الصحية دون مراعاة شدة المرض ونتائج الفحوصات المختلفة.[2]

3-4 مدخل النتيجة النهائية Outcome Approach: النتيجة النهائية هي التغيرات الصافية التي تحدث للمستوى الصحي للفرد أو للمجتمع، ويتميز هذا المقياس بالصدق الظاهري غير أن هناك عوامل أخرى تؤثر على المستوى الصحي، ناهيك عن الرعاية الطبية، كعوامل البيئة والوراثة... ويستعمل هذا المدخل كلا من مؤشرات الوضع الصحي العام ومؤشرات الوضع الصحي الخاص بمرض محدد، وهذه المؤشرات يمكن أن ترتكز على إدراك المريض لمستوى صحته أو على الرأي المهني للأطباء.[3]

---

[1] فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 389.
[2] المرجع السابق، ص 390.
[3] المرجع السابق، ص 391.

4-4 مدخل المرضى لقياس جودة الخدمة*: يقوم على قياس جودة الخدمة وفق ادراكات الزبون. ومن الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمة وفق هذا المدخل ما يلي:

4-4-1 مقياس عدد الشكاوي Complaints: يقيس عدد الشكاوي التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية محددة، وهذه الشكاوي تعبر عن مستوى جودة الخدمة المقدمة سواء كانت هذه الخدمات دون المستوى أو أنها لا تتناسب مع إدراكات الزبون والمستوى الذي يودون الحصول عليه. ويمكن هذا المقياس من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل وتحسين مستوى جودة الخدمات المقدمة.[1]

4-4-2 مقياس الرضا Satisfaction Measure: من أكثر المقاييس استعمالا لقياس اتجاهات الزبائن نحو جودة الخدمات عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف عن طبيعة شعور الزبائن حول الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف فيها، مما يمكن المنظمة من تبني إستراتيجية للجودة تتلاءم واحتياجات الزبائن وتحقق لهم الرضا عن الخدمات المقدمة.

4-4-3 مقياس الفجوة Servqual Measure: تم التوصل إلى هذا المقياس من قبل مجموعة من الباحثين تم تسميته Servqual وهو الجمع والاختصار بين كلمتين Quality+Service : يستند هذا المقياس إلى توقعات الزبائن لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة فعلا، ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات وذلك من خلال أبعاد جودة الخدمة المذكورة سابقا.

وهنا يمكن تعريف توقعات الزبائن على أنها المعايير أو النقطة المرجعية للأداء الناتجة عن خبرات التعامل مع الخدمة، والتي يقوم الزبون بصياغتها في شكل شروط يعتقد توافرها في الخدمة. أما إدراكات الزبائن فهي الانطباعات التي تتركها الخدمة المقدمة للزبون بعد الاستفادة من الخدمة.[2]

يقوم هذا النموذج على المعادلة التالية:

جودة الخدمة = التوقعات – الإدراكات

وفي دراسة لصياغة نموذج الخدمة-الجودة قدمه Berry وآخرون تم التوصل إلى 5 فجوات:

- الفجوة بين توقع المريض وإدراك الإدارة: تحصل هذه الفجوة عندما لا تدرك الإدارة بصورة صحيحة ما يرغبه المريض أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات ورغبات المرضى المتوقعة.[3]

*** بما أن الخدمة الصحية نوع من أنواع الخدمات فان الباحثة رأت أن هناك العديد من المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة يمكن إسقاطها على الخدمة الصحية.**

[1] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 97.

[2] المرجع السابق، ص 98، 99.

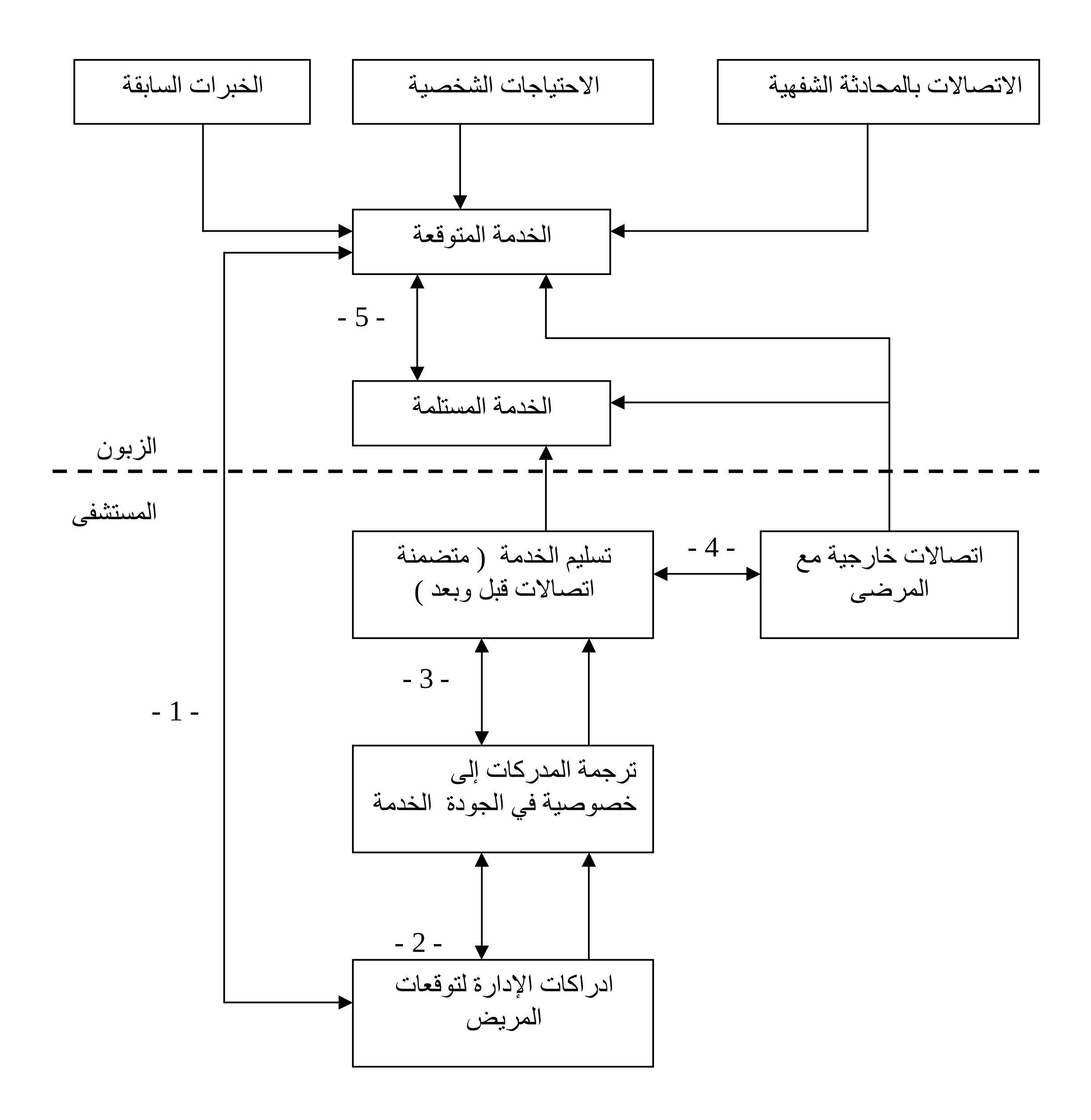
[3] عوض خلف العنزي، مرجع سبق ذكره، ص 44.

- الفجوة بين إدراك الإدارة وجودة الخدمة المعيارية: قد تدرك الإدارة بشكل صحيح رغبات المريض ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة تعكس هذه الرغبات، وقد يعود ذلك إلى قيود تتعلق بموارد المستشفى أو عدم قدرتها على تبني فلسفة جودة الخدمة.[1]
- الفجوة بين جودة الخدمة المعيارية وجودة الخدمة المقدمة: أي أن جودة الخدمة المقدمة لا تتطابق مع المعايير المحددة مسبقا لهذه الجودة. وقد يرجع ذلك إلى تدني مستوى الأداء والمهارات الخاصة بمقدمي الخدمة أو عدم توفر الدافعية لديهم لتقديم الخدمة حسب المواصفات المخطط لها.[2]
- الفجوة بين مستوى الخدمة المقدمة والاتصالات الخارجية: هي الاختلاف بين الخدمة الصحية المقدمة فعلا للمرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقا عبر الاتصالات التي قامت بها المستشفى، وهذا يؤدي إلى وجود خلل في المصداقية والثقة بين المستشفى والمريض.[3]
- الفجوة بين الخدمة المقدمة والخدمة المتوقعة: تحصل هذه الفجوة عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة، فالخدمة ذات الجودة العالية هي التي تتوافق مع أو تفوق توقعات العملاء عن الخدمة.[4]

والشكل رقم 13 يوضح هذه الفجوات الخمس.

[1] ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص 216.
[2] عبد الجواد سعيد محمد ربيع، **تكنلوجيا المعلومات وأثرها في جودة الخدمة بالمؤسسات الصحفية**، (ورقة عمل إلى المؤتمر العلمي الثاني لكلية الإقتصاد والعلوم الإدارية)، 2006، ص 5.
[3] ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص 217.
[4] عوض خلف العنزي، مرجع سبق ذكره، ص 44.

الشكل رقم 13: نموذج Servqual للفجوات الخمس.



المصدر : ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، عمان، دار اليازوري، 2005، ص 218.

وكمحصلة لكل ما سبق فإن الفجوات الأربع الأولى تتم داخل المستشفى أما الفجوة الأخيرة فهي تقوم بين الزبون والإدارة، وبالتالي فإن الفجوات الأربع الأولى تساهم في خلق الفجوة الأخيرة.[1]

[1] قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 102.

4-4-4 مقياس الأداء الفعلي SERVPERF: تم تقديم عـدة دراسـات منهـا دراسـة Cronin & Taylor والتي قدمت مقياس جديد يسمى Servperf الذي يعتبـر أن جـودة الخدمـة هـي الأداء أو ادراكات الزبون للخدمة دون اللجوء إلى استخراج الفجوة (جودة الخدمة = الأداء الفعلي)، وقد خلـص الباحثان إلى أن هذا المقياس أفضل المقاييس، لأنه يستبعد فكرة الفجـوة مـن التوقعـات والإدراكـات ويركز على الأداء لقياس جودة الخدمة، لذا فإن الباحثان يوصيان باستخدام هذا المقياس في العديد مـن المجالات الخدمية نظرا لتميزه بالسهولة في التطبيق والبساطة في القياس، كما أنه يركز علـى قيـاس الأداء الفعلي للخدمة.[1]

رغم المزايا التي يتمتع بها مقياس Servperf في قياس تقييم جودة الخدمة، إلا انه لا يقلل مـن أهمية وملاءمة نموذج Servqual، بل إن هذه الأخير ربما يتفوق على الأول مـن حيـث النتـائج العملية، فنموذج Servperf هو مرحلة أولية لنموذجServqual .

5-4-4 معالجة الفجوات: لا تظهر الفجوات إلا بوجود طرفين سواء كانا متناقضين أو متفقين إلى حد ما، فان الفجوة تظهر بمداها الواسع أو المحدد، ومتى ما شعرت الإدارة بوجود مثل هذه الفجوات فانـه يتوجب عليها معالجتها أو حتى محاولة تقليص الفجوة والجدول رقم 13 يبين بعض التفاصيل التي مـن شأنها تقليص الفجوات الأربع داخل المستشفى.

الجدول رقم 14: وصف لتقليص فجوة جودة الخدمة الصحية.

الفجوة	التفاصيل
الأولى	أن تعلم ماذا يتوقع المرضى - العمل نحو تحقيق فهم أفضل لتوقعات المرضى من خلال البحوث، تحليل الشـكاوي، أراء طـالبي الخدمة... - زيادة وتحسين التفاعل المباشر بين المدراء والمرضى باتجاه تحسين الفهم المشترك بين الطرفين - تحسين الاتصالات الرأسية بين مقدمي الخدمة الصحية وإدارة المستشفى وتقليل عـدد المسـتويات بينهما. - تحويل المعلومات إلى عمل حقيقي.

[1] وفاء ناصر المبيريك، **جودة الخدمة المصرفية النسائية في المملكة العربية السعودية**، (ورقة عمل مقدمة إلى الملتقي الأول التسويق في الوطن العربي الواقع وآفاق التطوير)، الشارقة، 2002، ص 245.

تابع للجدول السابق.

الثانية	- تحديد المعايير الدقيقة لجودة الخدمة - التأكد من أن المستشفى ملتزمة بمستوى الجودة المدركة كما هي من وجهة نظر المرضى - جعل الإدارة بالصورة حول وجهة نظر المرضى حيال معايير جودة الخدمة الصحية المقدمة في الوحدات المختصة بالمستشفى. - تدريب المدراء لزيادة مهاراتهم في قيادة المرؤوسين نحو تقديم خدمة صحية ذات جودة جيدة. - الاستجابة للطرق والأساليب الجديدة في العمل الصحي والتي تقود إلى تقديم خدمة صحية ذات جودة جيدة. - استخدام تكنولوجيا جديدة للتعويض عن البعض من الأعمال التي تتسم بالتكرار وكونها يمكن قياسها وفق معايير محددة للأداء. - التحديد الواضح لأهداف جودة الخدمة الصحية سواء كانت تحمل طابع التحدي. والواقعية في التنفيذ لمواجهة توقعات المرضى. - توضيح وإفهام مقدمي الخدمة بأن ما يقومون به من عمل له أثر كبير في تحقيق النوعية المطلوبة وهو ما يجب أخذه بدرجة عالية من الاهتمام. - التأكد من كون الجميع يفهمون ويتقبلون تلك الأهداف الموضوعة في إطار جودة الخدمة الصحية. - ضرورة القيام بقياس الأداء المتحقق وإيجاد نظم في مجال التغذية العكسية. - مكافأة الأطباء والإداريين والملاك التمريضي الذين يسعون إلى تحقيق أهداف الجودة في الخدمة الصحية المقدمة.
الثالثة	التأكد من كون الأداء المتحقق يتوافق مع المعايير الموضوعة: - توضيح الأدوار والمهام لكافة العاملين في الخدمة الصحية. وبأن ما يؤدونه من عمل يصب في تحقيق رضا المريض. - زيادة مهارة العاملين وقدراتهم في انجاز الأعمال المطلوبة منهم. - وضع برامج التدريب الفنية لزيادة مهارة العاملين في إنجاز العمل. - تطوير أساليب وطرق الاستقطاب والجذب وإشراكهم في وضع معايير جودة الخدمة الصحية باتجاه زيادة ولائهم للمستشفى.

تابع للجدول السابق.

الرابعة	التأكد من كون الخدمة المقدمة تطابق ما تم الاتفاق عليه: - البحث عن المدخلات الجديدة المتعلقة بتقديم الخدمة الصحية، عند القيام ببرامج ترويجية وإعلانية عن الخدمة الصحية المقدمة. - تطوير البرامج الترويجية والوعود التي تتضمنها بما يتوافق مع قدرات وإمكانات الملاك الطبي في انجاز الخدمات الصحية الجديدة. - ضرورة اطلاع وإخبار الملاك الطبي والتمريضي بمضامين البرامج الترويجية المقدمة قبل إطلاقها للجمهور. - السماح للملاك التسويقي في المستشفى بالتفاعل مع الملاك الطبي عند اللقاء مع المرضى لتعزيز الجوانب النفسية لدى المرضى. - تحسين ثقافة العاملين في المستشفى وتحفيزهم نحو خلق علاقة وثيقة بين قسم التسويق والأقسام الأخرى في المستشفى. - التأكد من مصداقية الإعلان وكونه يعكس حقيقة الخدمة الصحية المقدمة. - العمل وفق مبدأ إدارة المرضى وذلك من خلال إشراكهم في التعرف على ما يمكن تحقيقه من الخدمة الصحية المقدمة وما لا يمكن تحقيقه - التحديد الدقيق للأفعال أو المجالات التي يمكن السيطرة عليها عند تقديم الخدمة الصحية - تقديم مستويات مختلفة من الخدمات الصحية إلى الزبائن تتوافق مع الأسعار والكلف المترتبة على تلك الخدمات وخاصة في مجال الفندقة.

المصدر: ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، عمان، دار اليازوري، 2005، ص 219-221.

خاتمة المبحث الأول:

لقد تبين من خلال عرض الموضوعات المكونة والمتعلقة بمفهوم جودة الخدمة الصحية: انه مفهوم معقد. فجودة الخدمات أصعب دراسةً وقياساً من جودة المنتجات المادية، للاختلاف بين الخدمة والسلعة. فالخدمة الصحية خاصة متعلقة بالجوانب المعنوية أكثر من تعلقها بالجوانب المادية، وبالتالي فان التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية يكون صعبا. إلا أن الأبعاد التي توصل إليها الباحثون تمكننا من قياس مستوى جودة هذه الخدمة- في الجانب التطبيقي من البحث-، في حين تبقى غير دقيقة لأنها تحاول قياس الجوانب المعنوية التي قد لا يستطيع الأشخاص حتى التعبير عنها.

المبحث الثاني: العلاقة بين القيادة الإدارية و جودة الخدمة الصحية.

خُصِّص هذا المبحث لمعرفة اثر القيادة في جودة الخدمة الصحية اعتماداً على ما جاء في الأدبيات - على أن يتم اختبارها عمليا في الجانب التطبيقي – غير أن الدراسات النظرية لم تتطرق إلى العلاقة بين النمط القيادي التبادلي والنمط التحويلي وأبعاد جودة الخدمة الصحية. لهذا فقد حاولت الباحثة التطرق إلى الجوانب القريبة المفسرة لهذه العلاقة سواء عن طريق ذكر أبعاد إدارة الخدمات الصحية التي تميزها عن باقي الخدمات، التزام القيادة الإدارية بتطبيق إدارة جودة الخدمات الصحية الذي يعد المفتاح في نجاح هذا المسعى، ودور القائد الإداري في مختلف مراحل تطبيق إدارة جودة الخدمات الصحية. وأخيرا دور القيادة الإدارية في تحديد الأولويات المتعلقة بتقديم الخدمة الصحية، والتي تؤدي بالنهاية إلى تحسين جودتها.

أولا: أبعاد إدارة الخدمات الصحية.

تعد جودة الخدمة في المنظمة الصحية أهم محور تركز عليه قيادة المستشفى لما تتميز به هذه الخدمة من خصائص كونها تؤثر في صحة الفرد التي لا تقبل فيها الأخطاء. ولهذا الغرض فانه يتوجب على قيادة المنظمة الصحية أن تراعي مجموعة من الأبعاد التي تميز إدارة الخدمات الصحية عن أي نوع آخر من إدارة الخدمات المتعددة.

هناك مجموعة من النقاط التي تميز إدارة الخدمات الصحية ، والتي يمكن إيجازها فيما يلي:

1- أصبح التركيز في الوقت الراهن على العميل كمدخل حديث لإدارة الخدمات الصحية.

2- تفتقر إدارة الخدمات الصحية إلى أدوات ووسائل القياس الدقيقة.

3- الاهتمام الكبير بمفهوم القيمة بجوانبه المختلفة من أجل تجسيد شعار المنظمة الصحية[1].

4- يعد الوقت ذا أهمية تنافسية في إدارة الخدمات الصحية؛ فيما يتعلق بالوقت المستغرق لتقديم الخدمة الصحية، وقت الانتظار، ومدى سرعة الاستجابة لشكاوي ومقترحات الزبون.[2]

بالإضافة إلى الأبعاد السابقة، فان القائد الإداري يجب عليه التركيز على مجموعة من القضايا الهامة في إدارة الخدمات الصحية والتي تحتاج إلى قيادة فاعلة وهي: [3]

- قضايا أخلاقية وفلسفية: تتعلق بالقيم والمبادئ التي تحدد فلسفة ورسالة المنظمة الصحية، والتي تحدث التوافق بين الأهداف والغايات، ومصالح الأطراف المختلفة والمتنازعة داخل وخارج المنظمة الصحية.

- قضايا رمزية تتعلق بدور القيادة الإدارية كرمز أو قدوة تجسد الثقة والمسؤولية بما يضفي الشرعية والمصداقية لمساعي وجهود المنظمة الصحية لكسب الدعم والتأييد المطلوب داخل وخارج المنظمة الصحية، بهدف تحقيق الاستقرار للمنظمة الصحية.

- قضايا متعلقة بالقدرة على رؤية المستقبل من أجل التعامل مع التغيرات الممكنة، والمشاكل قبل وقوعها من خلال التخطيط الاستراتيجي، لضمان استمرار ونمو المنظمة في بيئة متغيرة ومعقدة.

بعدما يقوم القائد الإداري بدراسة كل من القضايا السابقة يأتي دور التزام القيادة الإدارية بتطبيق إدارة جودة الخدمات الصحية، لأن القائد الإداري هو القدوة، وسلوكه هو المنهاج الذي يسير عليه الأتباع. فان التزم القائد فهذا حافز للأتباع بالالتزام وبالتالي هذا ينعكس على جودة الخدمة التي تقدمها المنظمات الصحية.

---

[1] عوض خلف العنزي، مرجع سبق ذكره، ص 40.

[2] المرجع السابق، ص 41.

[3] فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 298.

ثانيا: التزام القيادة الإدارية بتطبيق إدارة جودة الخدمات الصحية.

يعد التزام القيادة الإدارية بتطبيق إدارة الجودة والتحسين في المنظمة الصحية من أهم عوامل نجاح عملية الالتزام ككل، التي تعد الخطوة الأهم في تطبيق مسعى إدارة الخدمات الصحية، مما ينعكس على جودة الخدمات الصحية المقدمة. ويكون ذلك من خلال: [1]

1- اقتناع الإدارة العليا في المنظمة الصحية بتبني أسلوب إدارة الجودة والتحسين للخدمات الصحية، والالتزام به في جميع أعمالها، وإلزام الموظفين به بعد تطوير معارفهم ومهاراتهم الخاصة بالجودة.

2- وضع إستراتيجية للجودة خاصة بالمنظمة الصحية تهدف إلى تحسين الأداء التنظيمي للجودة بها. ومن أهم الأمور التي ينبغي التركيز عليها عند وضع هذه الإستراتيجية ما يلي:

- تطوير نموذج إدارة الجودة الخاص بالمنظمة الصحية الذي يتوافق وثقافة المنظمة الصحية ومع خصوصيات التنظيمية لهذه المنظمة.

- ربط إستراتيجية الجودة المقترحة للمنظمة الصحية بالمشاكل المتعلقة بالجودة: من خلال تضمين هذه المشاكل في إستراتيجية الجودة بإيجاد الحلول الملائمة لها في ظل هذه الإستراتيجية.

- العمل على تحسيس الموظفين بمدى أهمية مشاركتهم في وضع مسودة هذه الإستراتيجية وتطويرها: وهذا يساهم في التزام الموظفين بهذه الإستراتيجية.

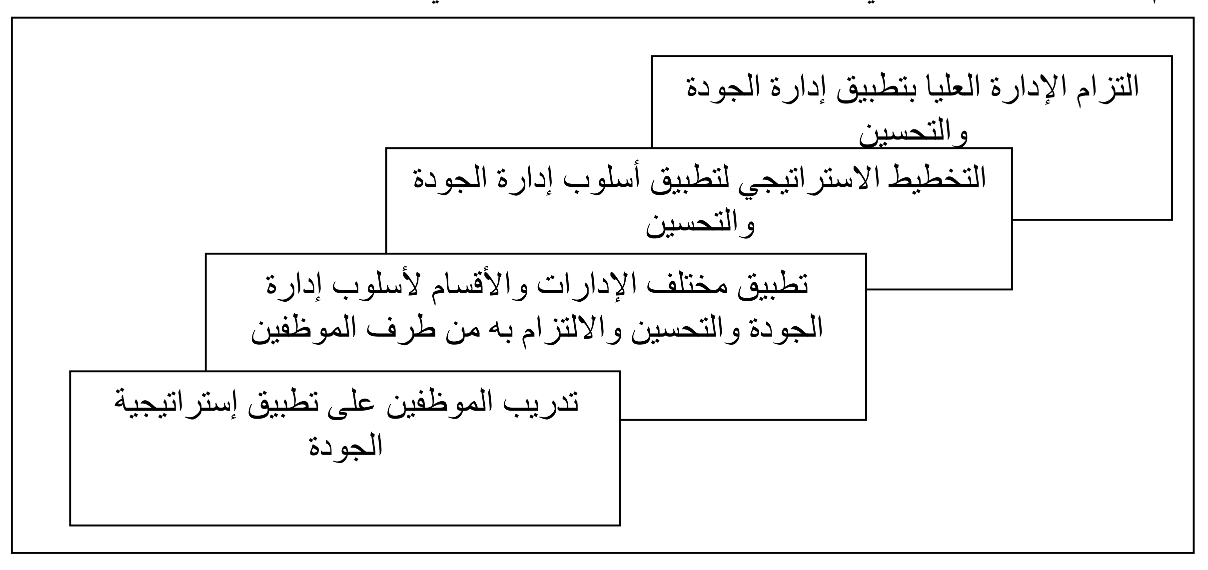
3- وضع خطة عملية لتطبيق الجودة في جميع المستويات التنظيمية مع المشاركة من قبل جميع الموظفين: وهذا من خلال القيام بعمليات التوعية العامة على جميع المستويات، لأن جودة الخدمة الصحية هي النتيجة النهائية لتفاعل جميع الجهود.

4- تدريب الموظفين حول كيفية تطبيق هذا الأسلوب في المنظمة الصحية: الاعتماد على المحاضرات من اجل فهم هذا المسعى، بالإضافة إلى برامج التدريب التي تؤدي إلى تمكين الموظفين من إتقان الممارسات المتعلقة بتحسين جودة الخدمة الصحية.

ويظهر الشكل التالي مراحل السريان الانسيابي لتطبيق هذا الأسلوب في المنظمات الصحية.

[1] طلال بن عايد الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية**، الرياض، مركز البحوث، 2004، ص 307.

الشكل رقم 14: السريان الانسيابي لأسلوب إدارة الجودة والتحسين في المنظمات الصحية.



المصدر: طلال بن عايد الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية**، الرياض، مركز البحوث، 2004، ص308.

بعدما يتم التزام القيادة الإدارية بتطبيق إدارة جودة الخدمات الصحية، فان القائد الإداري يجب عليه متابعة كل مرحلة من مراحل تطبيق هذا المسعى ويكون ذلك من خلال:

ثالثا: دور القائد الإداري في مختلف مراحل تطبيق إدارة جودة الخدمة الصحية.

بالنسبة **للمرحلة الأولى** يكون دور القائد الإداري تعريفيا فهو يهدف إلى أن يكون جميع الأتباع على اطلاع بهذا المسعى الذي تبنته المنظمة الصحية، بالإضافة إلى فهم الأبعاد الجديدة التي تأخذها الجودة داخل المنظمة الصحية، من خلال توضيح العوائد التي ستعود على المنظمة الصحية ككل وعلى الأتباع بصفة خاصة من إتباع هذه المنهج، وبالنتيجة سيكون الأتباع ملتزمين بتطبيق هذا المسعى. أما **المرحلة الثانية** فتتضمن التخطيط الاستراتيجي للجودة الذي يتطلب تحديد المجالات المختلفة للعمليات التي تحتاج للتحسين، ويتم ربط هذه المجالات بأهداف المنظمة الصحية الرئيسية وهي: إرضاء كل من الزبائن، ملاك المنظمة الصحية، والموظفين من خلال القائد. ويكون دور القائد أيضا إيصال وجهات النظر المختلفة إلى الإدارة العليا التي تُعنى بوضع هذه الإستراتيجية.

أما **المرحلتين الثالثة والرابعة** فتتضمن قيام القيادة الإدارية بالتعليم والتدريب لكل شخص في المنظمة الصحية ابتداء من القيادة العليا وحتى جميع الموظفين. حيث يكون القائد الإداري هو القدوة

للإتباع لهذا يجب أن تكون الانطلاقة منه. كما يجب أن يكون التدريب متواصلا، من اجل تحقيق التحسين المستمر فيما يخص جودة الخدمة الصحية.[1]

ويمكن تلخيص دور القائد الإداري في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال النقاط التالية:[2]

- اتخاذ كافة الإجراءات الضرورية للتأكد من المستوى العالي للخدمات الصحية.
- التأكد من أن الإجراءات الملائمة في مكانها الصحيح للإدخال الكفء للمرضى، والعناية بهم، وخروجهم من المستشفى.
- مراقبة أداء المستشفى وعائداته وكفاءته وفاعلية وجودة العناية الطبية والتمريض الذي توفره.
- التأكد من أن المباني والأجهزة متوفرة وبصورة ملائمة لتقديم الخدمة الصحية الجيدة والسريعة للمرضى.
- تطبيق نظام المراجعة الدورية وتحسين التنافس المهني للموظفين من خلال تأكيد الجودة والتدريب الوظيفي والمتواصل بالتعليم المستمر والنشاطات العلمية والأبحاث .

من اجل تحسين جودة الخدمة الصحية يجب على القائد الإداري تحديد الأسس والأولويات التي يجب أن تراعى في تقديم الخدمة الصحية لأن هذه الأولويات تدعم جودة الخدمة الصحية.

رابعا: دور القيادة الإدارية في تحديد الأولويات المتعلقة بتقديم الخدمة الصحية.

يظهر دور القيادة الإدارية من خلال: دور القادة في تبليغ الرؤية التي تمثل منافع مختلف أصحاب المصالح، ومن اجل تحقيق هذه الرؤية يحتاج القائد الإداري إلى التوفيق بين جميع أصحاب المصالح سواء الداخليون (الملاك، الموظفون...) أم الخارجيون (الزبائن، المجتمع...) من اجل الالتزام بالأهداف وبالاستراتيجيات المتبعة لتحقيقها.

على القائد الإداري محاولة إيجاد المواءمة بين العلاقات المعقدة بين مختلف أصحاب المصالح لاختلاف توجهاتهم، فلكل فوائدهم الخاصة وتحدياتهم، من اجل الوصول في الأخير إلى موازنة هذه المصالح مع أولويات تقديم الخدمة الصحية. وتكون هذه الموازنة من خلال تشجيع ثقافة تنظيمية أساسها القيم المترسخة، من أجل اتخاذ القرارات على أساس المعتقدات المشتركة. حيث يقوم القادة بتحديد الأولويات في تقديم الخدمة الصحية من خلال المناقشة المفتوحة، بشكل شمولي وبكل أمانة، في إطار الثقة والإثباتات الواضحة والمحددة. وبالاستغناء عن هذه العناصر فان الرؤية التي على أساسها يقوم القادة بتحديد الأولويات في تقديم الخدمة الصحية ستفتقر إلى الشرعية أو للمعايير الأخلاقية.[3]

---

1 www.mmsec.com

[2] مضر زهران، **إدارة المستشفيات والرعاية الصحية**، **2007**، ص 20.

[3] D. Reeleder & Others, **Leadership & priority setting: The perspective of hospitals CEOs**, (Health policy, 79, pp 24-34), 2006, p28.

ويمكن تلخيص العناصر السابقة في الجدول التالي، الذي يبين أهم المجالات التي يقوم القائد الإداري بالتركيز عليها من أجل تحديد الأولويات في تقديم الخدمة الصحية.

الجدول رقم 15: الممارسات القيادية والأولويات في تقديم الخدمة الصحية.

المجال	الممارسات القيادية والأولويات في تقديم الخدمة الصحية	الفوائد
توضيح الرؤية	تحديد الرؤية بشكل دقيق	تحريك أصحاب المصالح في نفس الاتجاه
	تطبيق التخطيط الاستراتيجي	خلق الأهداف والغايات
	استخدام: استراتيجيات إدارة التغيير، التوعية، الاتصالات	تطوير الإمكانيات
	عدم إهمال الرؤى ذات الأمد الطويل	خلق التوافق بين مختلف الجماعات في المنظمة الصحية
	التركيز على البرامج الجوهرية في تقديم الخدمة الصحية	تحسين جودة الخدمات الصحية
	التأكيد على التوفيق بين مختلف الجماعات	تحسين الكفاءات
	التركيز على القيم الجوهرية في تقديم الخدمة الصحية	
خلق التوافق	تطوير الفهم المشترك للرؤية، للقيم، وللأدوار	تعزيز الإمكانيات المختلفة
	جمع أصحاب المصالح	تسهيل تكامل جودة الخدمة الصحية
	التزام القطاع الخاص والحكومة	تحسين القدرة الشرائية
	التعاون من خلال الشبكات	موارد مشتركة
	إدارة الشبكات	خلق الإبداعات
	ترسيخ الثقة من خلال الشبكات	رأس المال الاجتماعي
تطوير العلاقات	الطبيب: يشترك في اتخاذ القرار	تحسين الخدمات الصحية المقدمة المجتمع
	الطبيب: إنشاء فرق العمل	التزود بوجهات نظر متوازنة
	مجلس الإدارة: يحظى بالاحترام	تحسين التزام الموظفين
	مجلس الإدارة: التزويد بالمسار، الخيارات، العمليات	رفع الأداء التنظيمي
	الموظفون: التفويض	تفادي تراجع أداء الموظفين
	الموظفون: خلق بيئة تتسم بالثقة	رفع العوائد

تابع للجدول السابق.

ترسيخ القيم	الشفافية: كشف جدول الأعمال	الأنصاف عن طريق معرفة أسس اتخاذ القرار
	الإثبات: استخدام المعايير والمعلومات ذات الصلة	إمكانية التقييم الذاتي من خلال المعايير
	إشراك أصحاب المصالح المختلفة سواء داخل أو خارج المنظمة الصحية	التعاون في الالتزام بقيم الخدمة الصحية
	الثقة: ترسيخ الثقة بين العلاقات من خلال احترام أوضاع الآخرين	رفع الإمكانيات
	الأمانة: إظهار الأمانة ضمن الأولويات	رأس المال الاجتماعي
تأسيس العمليات	نشر الرؤية، القيم، والمعايير	الأنصاف
	تحسين المستمر للتخطيط	إجماع جميع الأطراف
	التزام الجميع مسبقا بالمعايير	تحسين كفاءة المستشفى
	ترتيب البرامج حسب أولويتها	اتجاه مشترك
	تحسين الاتصالات	فهم المبادئ التي تقوم عليها المنظمة الصحية
	تحديد أهداف تثير التحدي	تطوير القدرات
	قياس التطور	المسؤولية والمحاسبة
	تطبيق إدارة البرامج السريرية	إدارة أحسن للموارد

المصدر: David Reeleder & Others**, Leadership & priority setting: The perspective of hospitals CEOs,** (Health policy, vol 79, pp 24-34), 2006, p28.

خاتمة المبحث الثاني.

نتيجة للخصائص التي تتميز بها الخدمات الصحية، كان واجبا على إدارة المنظمة الصحية أن تعين مدراء لهم قدرات قيادية، من أجل التوصل إلى تقديم الخدمة الصحية بالشكل الأفضل أي بالجودة المطلوبة. كما كان لزاماً على القائد الإداري في المنظمة الصحية أن يقوم بتوحيد الجهود، والتركيز على الأخلاقيات والمبادئ الواجب توافرها بهدف دعم تقديم الخدمة الصحية.

فدور القائد الإداري يتزامن مع كل مرحلة من مراحل إدارة جودة الخدمات الصحية من خلال الالتزام والتوجيه والتأثير في كل من الطاقم الطبي والتمريضي وحتى الإداري لأن جودة الخدمة الصحية ترتبط بالجوانب المعنوية أكثر من الجوانب المادية، وهنا نجد أن الدعم المعنوي الذي يقدمه القائد سيؤثر بشكل كبير على جودة هذه الخدمة لأن هذه الدعم من نفس صنف هذه الخدمة.

الفصل الرابع: الدراسة الميدانية.

يحوي هذا الفصل على مبحثين: من خلال المبحث الأول قمنا بتوصيف عينة الدراسة بحساب التكرارات لكل متغير من المتغيرات الديمغرافية. كما سنتعرف على مدى تطبيق النمطين القياديين التحويلي والتبادلي، من خلال المتغيرات الفرعية التي تقيسهما، مع معرفة أي من النمطين أكثر تطبيقا في المستشفيات بمحافظة دمشق، بالإضافة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدمها هذه المستشفيات. أما المبحث الثاني فيقوم على اختبار نوعين من الفرضيات: النوع الأول من الفرضيات يقوم على أساس محاولة تفسير النتائج المتعلقة بالمبحث الأول حول مدى تطبيق النمطين القياديين (التحويلي والتبادلي) ومستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفيات بمحافظة دمشق، من خلال حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل نمط قيادي (تحويلي وتبادلي) بالنسبة للمتغيرات الديمغرافية، بالإضافة إلى معرفة ما إذا كانت الفروق الناتجة ذات دلالة إحصائية أم لا. في حين النوع الآخر من الفرضيات يتعلق بعلاقات الارتباط بين متغيرات الدراسة. وكل هذا من خلال مختلف الاختبارات الإحصائية التي يتيحها برنامج SPSS.

المبحث الأول: الإحصاءات الوصفية.

قبل أن نبدأ باختبار فرضيات الدراسة يجب أولا التطرق إلى الإحصاءات الوصفية التي تعد الخطوة الأولى في عملية التحليل الإحصائي للبيانات. فهي تمثل دراسة توزع عينة الدراسة حسب المتغيرات الديمغرافية كمرحلة أولى، ثم سنقوم بتوصيف متغيرات الدراسة بالإضافة إلى متغيراتهما الفرعية.

أولا: توصيف العينة: يوضح الجدول رقم1 وصفا لعينة البحث حسب المتغيرات الديمغرافية.

الجدول رقم 16: توصيف عينة البحث.

المتغير الديمغرافي		التكرار	النسبة المؤوية
اسم المستشفى	دمشق	157	% 48
	التوليد	76	% 32,2
	الجلدية	22	% 6,7
	الأندلس	39	% 11,9
	الرازي	19	% 8،5
	الفرنسي	13	% 4
	أمية	1	% 0,3
نوع القطاع	عام	255	% 78
	خاص	72	% 22
الجنس	ذكر	140	% 42,8
	أنثى	187	% 57,2
العمر	من 20 اقل من 30	171	% 52,3
	من 30 اقل من 40	113	% 34,6
	من 40 اقل من 50	33	% 10,1
	من 50 اقل من 60	8	% 2,4
	أكثر من 60	2	% 0,6

المتغير الديمغرافي		التكرار	النسبة المئوية
التخصص الوظيفي	طبيب	141	% 43,1 %
	إداري	56	% 17,1 %
	فني	130	% 39,8 %
المؤهل الدراسي	دكتوراه	8	% 2,4 %
	ماجستير	132	% 40,4 %
	مؤهل جامعي	24	%7,3
	مدرسة التمريض	68	% 20,8
	معهد وأقل	95	% 29,1
سنوات الخبرة	اقل من سنة	33	% 10,1
	من سنة اقل من 5 سنوات	129	% 39,4
	من 5 سنوات اقل من 10 سنوات	63	% 19,3
	من 10 سنوات اقل من 15 سنة	33	% 10,1
	من 15 سنة اقل من 20 سنة	34	% 10,4
	أكثر من 20 سنة	35	% 10,7

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول السابق ووفقا للمتغيرات الديمغرافية نلاحظ ما يلي:

1- اسم المستشفى: نلاحظ أن مستشفى دمشق (المجتهد) يمثل أكبر النسب (48%) حيث استحوذ على (157) فرد من مجمل أفراد العينة وذلك لكبر حجم هذا المستشفى العام واشتماله على جميع التخصصات. بينما مثَّل مستشفى التوليد نسبة (32,2%) من مجموع العينة، والذي يقابله (76) حالة، رغم الحجم الكبير لهذا المستشفى كونه مستشفى عام إلا انه احتل الرتبة الثانية نتيجة تخصصه بالأمراض النسائية والتوليد فقط. أما مستشفى الأندلس فقد عرف المرتبة الثالثة من حيث عدد أفراد العينة المقدر ب(39) بنسبة (11,9%) وهو مستشفى متوسط مقارنة مع المستشفيات الخاصة إلا أن نسبة الاستجابة به كانت كبيرة كما أنه يحوي على جميع التخصصات تقريبا. أما بالنسبة لمستشفى الجلدية فقد استحوذ على (22) حالة والتي تمثل (6,7%) فقط على الرغم من كونه مستشفى عام إلا أنه تخصصي جدا، بالإضافة إلى حجمه الصغير. كما حصل كل من مستشفى الرازي والفرنسي على عدد يقدر ب(19) و(13) على التوالي، بنسب تقدر ب(5,8%) و(4%) على التوالي. وأخيرا مثل مستشفى أمية حالة واحدة فقط من أفراد العينة التي مثلت (0,3%) وهي كل ما استطاعت الباحثة الحصول عليه من هذا المستشفى مع العلم أن التحليل لن يشمل هذا المستشفى لعدم كفاية الحالات.

2- نوع القطاع: وفقا لهذا المتغير حصلنا على 255 حالة من القطاع العام التي تقابلها النسبة (78 %)، أما القطاع الخاص فقد استحوذ على (72) حالة ما يقابل (22%)، ويعود هذا التباين إلى الأساس المتبع في توزيع عينة الدراسة: وهو حجم المستشفى على أساس عدد الأسِرَّة.

3- الجنس: وفق النتائج التي يبينها الجدول السابق فان عنصر الإناث استحوذ على نسبة أكبر من العينة بالمقارنة مع عنصر الذكور أي ما يوافق (187) أنثى ويقابل (57,2%). أما الذكور فقد باغ عددهم (140) ما يقابله (42,8%)، وهذا يعود إلى أن قطاع الصحة يعرف إقبالا كبيرا من طرف الإناث، لما لهذه المهنة من متطلبات كالتعاطف: وهو ما يميز العنصر الأنثوي أكثر من العنصر الذكري، بالإضافة إلى أن أهم نسبة تدخلت هي نسبة الفنيين التي تضم الممرضات وهي مهنة محتكرة من طرف العنصر الأنثوي.

4- العمر: نلاحظ من خلال الجدول السابق أن أكثر من نصف أفراد العينة شباب في المرحلة العمرية (من 20 أقل من 30 سنة) حيث بلغت نسبتهم (52,3%) بعدد يقدر ب (171) فرد من مجمل أفراد العينة، بالإضافة إلى المرحلة العمرية الثانية (من 30 أقل من 40 سنة) فهي تمثل أيضا (34,6%) عينة الدراسة بعدد يقدر ب (113) فرد، حيث تمثل هاتين النسبتين مجتمعتين (86,9%)، أي أغلبية أفراد عينة البحث، وبالتالي يمكن القول أن معظم أفراد العينة من فئة الشباب وهذا يعتبر شيئا ايجابيا بالنسبة للبحث حيث أن فئة الشباب أكثر اطلاعا وتقبلا للمفاهيم الجديدة في مجال المستشفيات.

أما في المرتبة الثالثة فنجد المرحلة العمرية (من 40 أقل من 50) التي مثلت نسبة (10,1%) ما يقابل (33) فرد. في حين نجد في المرتبة الأخيرة كل من المرحلتين العمريتين (من 50 أقل من 60) والمرحلة (أكبر من 60) حيث نجد في الأولى (8) أفراد وهم يمثلون (2,4%)، أما في المرحلة الأخرى فنجد (2) شخصين يمثلان(0,6%) من مجمل أفراد العينة، وهذا راجع إلى بلوغ سن التقاعد في هذه المرحلة.

5- التخصص الوظيفي: فيما يتعلق بهذا المتغير نلاحظ أن أكبر نسبة (43,1%) كانت للأطباء أي ما يقابل (141) حالة، وهذا طبيعي لأن مقدمي الخدمة الصحية هم الأطباء بالدرجة الأولى. أما في الدرجة الثانية فنجد الطاقم الفني الذي يضم كل من الممرضات والمعالجين الفيزيائيين وفنيي الأشعة، وهم يمثلون نسبة (39,8%) ما يقابل (130) حالة. أما في المرتبة الأخيرة نجد أن الطاقم الإداري لا يمثل إلا (17,1%) ما يقابل (56) حالة، فهم يمثلون الجانب الفني في تقديم الخدمة الصحية، في حين أن الأطباء والفنيين يمثلون الجانب الوظيفي من تقديم الخدمة الصحية.

6- المؤهل الدراسي: نلاحظ من الجدول السابق أن نسبة (40,4%) من إجمالي العينة أي أن (123) فرد من أفراد العينة حاصل على شهادة الماجستير، من خلال الفقرة السابقة لاحظنا أن أكبر نسبة للتخصص الوظيفي كانت للأطباء، حيث تتقاطع هذه النسبة مع نسبة الحاصلين على شهادة الماجستير في الأطباء المقيمين في المستشفيات -خاصة منها العامة- الذين يقومون بالتخصص، فالطبيب المتخرج من كلية الطب يحمل شهادة تعادل درجة الماجستير. أما أفراد العينة المتخرجين من المعاهد أو اقل من هذا المستوى يشكلون نسبة (29,1%) المقابلة ل (95) حالة من أفراد العينة وقد كان أغلبهم من الإداريين والمعالجين الفيزيائيين بالإضافة إلى فنيي الأشعة (هذين الأخيرين متخرجون من المعهد الطبي). في المرتبة الثالثة تأتي مدرسة التمريض بنسبة (20,8%) ما يقابل (68) ممرضة من عينة الدراسة. بالنسبة لدرجة المؤهل الجامعي سجلت (24) حالة الممثلة ل (7,3%) من أفراد العينة، وقد كانت معظم الحالات من الإداريين. في الأخير جاء مؤهل الدكتوراه بعدد يقدر ب (8) أفراد ما يمثل (2,4%)، وقد كان أغلبهم من الأطباء الاختصاصيين، إذ أن الطبيب الذي أتم الاختصاص له درجة الدكتوراه.

7- سنوات الخبرة: إن أغلبية أفراد العينة (129) حالة ما يمثل (39,3%) تتراوح خبرتهم ما بين (سنة أقل من 5 سنوات)، وهذا يعود إلى أن أغلب أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين (20 إلى 30 سنة). في المرتبة الثانية نجد أن (63) حالة من أفراد العينة أي ما يمثل نسبة (19,3%) لديهم خبرة ما بين (5 إلى 10 سنوات). بينما توزع باقي أفراد العينة بشكل متساوي تقريبا بين المجالات -على الترتيب- (أكثر من 20 سنة) و(من 15سنة أقل من 20)، وأخيرا (أقل من سنة)، بتكرارات ونسب

تقدر على التوالي : (35) حالة تمثل (10,7%)، (34) حالة تمثل (10,4%)، وأخيرا (33) حالة تمثل (10,1%).

ثانيا: التعرف على مدى تطبيق الأنماط القيادية (التحويلي، التبادلي).

رأينا في العنصر السابق توصيف عينة الدراسة على أساس المتغيرات الديمغرافية، أما في هذا العنصر فسنتطرق إلى توصيف عينة الدراسة على أساس متغيرات الدراسة. ومن أجل ذلك سنقوم بحساب كل من الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغيرات الفرعية لكل من النمط القيادي التحويلي والنمط القيادي التبادلي.

من خلال الجانب النظري ذكرنا أن القائد التحويلي يقوم بالتأثير على الأتباع من خلال العناصر التالية: التأثير المثالي، الحفز الإلهامي، الاستثارة الفكرية، والاعتبار الفردي.

أما القائد التبادلي فيقوم بالتأثير على الأتباع من خلال: المكافأة المشروطة، والإدارة بالاستثناء. والجدول التالي يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمطين القياديين التحويلي والتبادلي ومتغيراتهما الفرعية التي تقيسهما. ومن أجل معرفة إذا كان هذا المتوسط ذو دلالة إحصائية نقوم بإجراء اختبار One Simple T-Test من أجل معرفة ما إذا كان هذا المتوسط يختلف معنويا عن المتوسط المفترض في مقياس ليكرت وهو (3).

الجدول رقم 17: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للأنماط القيادية مع اختبار One Simple T-Test.

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Sig
التأثير المثالي	3,63	0,85	0,00
الحفز الإلهامي	3,53	0,79	0,00
الاستثارة الفكرية	3,19	0,86	0,00
الاعتبار الفردي	2,99	0,86	0,93
النمط القيادي التحويلي	3,33	0,76	0,00
المكافأة المشروطة	3,27	0,79	0,00
الإدارة بالاستثناء	3,56	0,74	0,00
النمط القيادي التبادلي	3,41	0,73	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

قبل أن نبدأ بقراءة متوسطات متغيرات البحث، ننظر إلى قيمة Sig: Significant والتي تعني معنوية الاختبار. حيث نقوم بالمقارنة بين قيمة Sig و α التي تمثل قيمة الخطأ المسموح به، والتي

فرضناها في دراستنا (0,05) عند حساب عينة الدراسة. فإذا كانت $Sig < \alpha$ معناه أننا نقبل الفرضية الصفرية أي أنه لا توجد فروق إحصائية بين متوسط كل متغير والقيمة (3). أما إذا كانت $Sig <= \alpha$ فإننا نرفض الفرضية الصفرية أي أنه توجد فروق إحصائية بين متوسط كل متغير والقيمة (3). وبالتالي فان جميع متوسطات المتغيرات السابقة تختلف معنويا عن المتوسط (3). إلا متوسط متغير الاعتبار الفردي فإنه لا يختلف معنويا عن هذا المتوسط. ومنه:

نلاحظ من الجدول رقم 17 أن متغير التأثير المثالي يتوفر بنسبة مقبولة إلى حد ما حيث بلغ في المتوسط (3,63) فهي تميل إلى المتوسطة أكثر. أما متغير الحفز الإلهامي فقد بلغ في المتوسط (3,53) وهذا يدل على توفره بنسبة متوسطة. أما متغير الاستثارة الفكرية فقد بلغ في المتوسط (3,53) وهو أيضا متوفر بنسبة متوسطة. وجاء أخيرا متغير الاعتبار الفردي الذي لم يكن مختلفا عن المتوسط (3) وهي نسبة متوسطة. من خلال تجميع المتغيرات الفرعية السابقة بلغ متوسط النمط القيادي التحويلي (3,33) وهو ما يدل على أن هذا النمط متوفر في عينة الدراسة بنسبة مقبولة إلى حد ما وهذا يعود إلى أن هذا النمط يتطلب وعيا وعلاقة جيدة مع الأتباع **(وقد توافق هذا مع توقعات الباحثة من خلال الاحتكاك مع العاملين بقطاع المستشفيات).**

بلغ متوسط متغير المكافأة المشروطة (3,27) بانحراف معياري (0,79)، وهو ما يدل أن هذا المتغير متوفر بنسبة متوسطة. أما متوسط الإدارة بالاستثناء فقد بلغ (3,56) بانحراف معياري (0,74)، حيث كان هذا المتغير أكثر توفرا من المتغير السابق. بالنسبة لمتغير النمط القيادي التبادلي بلغ متوسطه (3,41) بانحراف معياري(0,73) وهو ما يبين أن هذا النمط مطبق في عينة الدراسة بنسبة مقبولة.

ثالثا: التعرف على النمط القيادي الأكثر تطبيقا بالنسبة لأفراد العينة.

من خلال نتائج العنصر السابق وجدنا أن متوسط النمط التبادلي أكبر من متوسط النمط التحويلي، ومن أجل معرفة ما إذا كان هذه الفرق معنويا أم لا، بما أن النمط التحويلي يتبع التوزيع الطبيعي والنمط التبادلي لا يتبع التوزيع الطبيعي (أنظر الملحق رقم 13) فإننا سنقوم بتطبيق اختبار Wilcoxon الذي يُمكننا من معرفة ما إذا كانت هناك فروق معنوية بين النمط التحويلي والنمط التبادلي بالنسبة لأفراد عينة الدراسة.

الجدول رقم 18: اختبار Wilcoxon بالنسبة للاختلافات بين النمط التحويلي والتبادلي.

اختبار Wilcoxon	قيمة Z	Sig
النمط التحويلي والنمط التبادلي	- 3,36	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال اختبار Wilcoxon نلاحظ أن معنوية الاختبار 0,05 > 0,00 = Sig معناه أنه هناك فروق ذات دلالة معنوية بين النمطين التحويلي والتبادلي بالنسبة لأفراد العينة، وقد كان هذا الفرق لصالح النمط التبادلي.

نلاحظ أن النمط التبادلي أكثر تطبيقا بقطاع المستشفيات في محافظة دمشق من النمط التحويلي.

رابعا: التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية.

من أجل التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية في عينة الدراسة قمنا بقياسها من خلال أبعادها: الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، اللباقة، والملموسة. ولأجل ذلك سنقوم بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجودة الخدمة الصحية ومتغيراتها الفرعية. ثم سنقوم بمقارنة هذه المتوسطات بالمتوسط الخاص بمقياس ليكرت وهو (3)، من أجل معرفة ما إذا كانت متوسطات متغيرات الدراسة تختلف معنويا عن هذا المتوسط (3)، من خلال الاختبار One Sample T-test.

الجدول رقم 19: مستوى جودة الخدمة الصحية مع اختبار One Simple T-Test.

المتغير	**المتوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**	Sig
الاعتمادية	3,71	0,68	0,00
الاستجابة	4,12	0,62	0,00
الأمان	3,97	0,65	0,00
اللباقة	3,85	0,66	0,00
الملموسية	3,45	0,9	0,00
جودة الخدمة الصحية	3,82	0,59	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

بما أن Sig=0,00<0,05 فان متوسطات المتغيرات السابقة تختلف عن المتوسط (3). وبالتالي:

نلاحظ أن بُعد **الاستجابة** قد عرف أكبر متوسط حسابي (4,12) أي أن هذا البعد متوفر بشكل جيد، وهذا دليل على أن أفراد العينة لديهم الرغبة والاستعداد لتقديم الخدمة. بينما كان المتوسط الحسابي لبُعد **الأمان** (3,97): إذا هو متوفر بشكل جيد. أما بعد **اللباقة** فقد توفر بشكل جيد إلى حد ما لأن متوسطه الحسابي بلغ (3,85) فأفراد العينة يقومون بمعاملة المرضى بشيء من الرعاية والإهتمام. في حين كان متوسط بُعد **الاعتمادية** (3,71) وهو ما يدل على أن أفراد العينة قادرون على تقديم الخدمة الصحية بشكل مقبول. وأخيرا كان متوسط بُعد **الملموسية** أقل متوسط حيث بلغ (3,45) أي أن التسهيلات المادية من أجل تقديم الخدمة الصحية متوفرة بشكل متوسط.

وبشكل عام بلغ متوسط جودة الخدمة الصحية (3,82) وهو ما يشير إلى أن جودة الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفيات العامة والخاصة بمحافظة دمشق جيدة.

المبحث الثاني: اختبار صحة الفروض.

أولا: التعرف على توزيع متغيرات الدراسة.

قبل أن نبدأ باختبار فرضيات الدراسة هناك شرط أساسي يجب التأكد منه هو ما إذا كانت متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، وهذا من أجل معرفة طبيعة الاختبارات التي سنقوم بإجرائها: ما إذا كانت معلميه أم غير معلميه. ومن أجل هذا، سنقوم بوضع الفرضيات التالية:

A. بالنسبة للنمط القيادي التحويلي:

- H_0 : النمط التحويلي يتبع التوزيع الطبيعي.
- H_1 : النمط التحويلي لا يتبع التوزيع الطبيعي.

B. بالنسبة للنمط القيادي التبادلي:

- H_0 : النمط التبادلي يتبع التوزيع الطبيعي.
- H_1 : النمط التبادلي لا يتبع التوزيع الطبيعي.

C. جودة الخدمة الصحية:

- H_0 : جودة الخدمة الصحية تتبع التوزيع الطبيعي.
- H_1 : جودة الخدمة الصحية لا تتبع التوزيع الطبيعي.

نفس الفرضيات بالنسبة أبعاد جودة الخدمة الصحية.

ومن أجل التحقق من صحة الفرضيات سنقوم باستخدام الاختبار Kolmogorov-Smirnov والنتائج مبينة في الجدول التالي.

الجدول رقم 20: اختبار Kolmogorov-Smirnov للتوزيع الطبيعي.

المتغير	النمط التحويلي	النمط التبادلي	جودة الخدمة الصحية	الاعتمادية	الاستجابة	الأمان	اللباقة	الملموسية
قيمة Sig*	0,07	0,04	0,81	0,02	0,00	0,02	0,00	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

* Sig : Significance.

حيث نقوم بالمقارنة بين قيمة Sig و α التي فرضناها في دراستنا (0,05). حيث : إذا كانت α < Sig معناه أننا نقبل الفرضية الصفرية: أي أن المتغير يتبع التوزيع الطبيعي. أما إذا كانت α =< Sig فإننا نرفض الفرضية الصفرية أي أن المتغير لا يتبع التوزيع الطبيعي.

من خلال الجدول نلاحظ:

- إن **النمط التحويلي، وجودة الخدمة الصحية تتبع التوزيع الطبيعي**. وبالتالي فإننا سنقوم بتطبيق الاختبارات المعلميه من أجل اختبار صحة الفرضيات المتعلقة به.

- كل أبعاد جودة الخدمة الصحية: الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، اللباقة، والملموسية، بالإضافة إلى **النمط التبادلي لا تتبع التوزيع الطبيعي**. وبالتالي فإننا سنقوم بتطبيق اختبارات لامعلمية.

ثانيا: اختبار الفرضية الأولى.

الفرضية الأولى: لا توجد اختلافات معنوية بين أفراد عينة الدراسة حول الأنماط القيادية وفقا للمتغيرات الديمغرافية (القطاع، الجنس، العمر، التخصص الوظيفي، المؤهل الدراسي، وسنوات الخبرة)

من أجل اختبار هذه الفرضية يجب اختبار كل من النمط التحويلي والنمط التبادلي على حدة لأنهما مختلفي التوزيع. وذلك من خلال تفريع الفرضية إلى فرضيتين فرعيتين حسب النمط القيادي.

1- اختبار الفرضية الفرعية الأولى: لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التحويلي بين أفراد العينة وفق المتغيرات الديمغرافية.

1-1 لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التحويلي بين أفراد العينة وفق متغير نوع القطاع.

من أجل اختبار هذه الفرضية سنقوم بمقارنة متوسطات القطاع العام والقطاع الخاص حول النمط القيادي التحويلي بعد القيام بحساب هذه المتوسطات. ولهذا الغرض سنقوم بتطبيق اختبار Independent Samples test: الذي يختبر فيما إذا كان هناك اختلاف بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، مع الشروط التالية : المتغير يتبع التوزيع الطبيعي (النمط التحويلي) والمجموعتان مستقلتان (القطاع: عام وخاص).

الجدول رقم 21: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التحويلي وفق متغير القطاع.

المتغير/ القطاع		**المتوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**
النمط القيادي التحويلي	عام	3,24	0,48
	خاص	3,67	0,07

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن هناك اختلاف بين متوسط النمط التحويلي بالنسبة لكل من القطاع العام والخاص، حيث كان متوسط القطاع الخاص أكبر من متوسط القطاع العام. ومن أجل معرفة ما إذا كان هذا الاختلاف معنويا أم لا، نتابع مع الجدول التالي.

الجدول رقم 22: اختبار Independent Sample T-test لمتغير القطاع.

	اختبار تساوي التباين Leven's test		**اختبار تساوي المتوسطات** Independent Sample T-test	
	F	Sig	t	Sig
تجانس التباين معتمد	6,52	0,01	4,36 -	0,00
تجانس التباين غير معتمد			4,75 -	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول رقم 21 وجود سطرين، وهذا راجع إلى اختبار تساوي التباين Leven's test حيث كانت:Sig=0,01<0,05 معناه أن التباين غير معتمد، وبالتالي نقوم بالعودة إلى الاختبار Independent Sample T-test حيث نجد أن Sig=0,00<0,05 ومنه نقوم برفض الفرضية.

وبالتالي فانه هناك فروق معنوية بين القطاعين الخاص والعام حول مدى تطبيق النمط القيادي التحويلي؛ وقد كان هذا الفرق لصالح القطاع الخاص بمتوسط قدره (3,67).

أي أن القطاع الخاص أكثر تطبيقا للنمط التحويلي من القطاع العام.

2-1 **لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التحويلي بين أفراد العينة وفق متغير الجنس.**

من أجل اختبار هذه الفرضية سنقوم بمقارنة متوسطات كل من الذكور والأناث حول النمط القيادي التحويلي، بعد حساب المتوسط الحسابي لكل من الجنسين. ولهذا الغرض سنقوم بتطبيق اختبار Independent Samples Test .

الجدول رقم 23: **المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التحويلي حسب متغير الجنس.**

النمط القيادي	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نمط قيادي تحويلي	ذكر	3,3	0,06
	أنثى	3,36	0,05

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

الجدول رقم 24: **اختبار** Independent Sample T-test **لمتغير الجنس.**

	اختبار تساوي التباين Leven's test		**اختبار تساوي المتوسطات** Independent Sample T-test	
	F	Sig	t	Sig
تجانس التباين معتمد	0,02	0,96	0,66 -	0,5
تجانس التباين غير معتمد			0,66 -	0,5

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال اختبار تساوي التباين Leven's test نلاحظ أن Sig=0,96 > 0,05 معناه أن التباين معتمد، وبالتالي نقوم بالعودة إلى الاختبار Independent Sample T-test حيث نجد أن Sig=0,5 > 0,05 ومنه نقبل الفرضية.
وبالتالي فانه لا توجد فروق معنوية بين كل من الذكور والإناث حول مدى تطبيق النمط القيادي التحويلي. (مع العلم أن متوسطي الفئتين كانا متقاربين)

3-1 **لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التحويلي بين أفراد العينة وفق متغير العمر.**

من أجل اختبار هذه الفرضية سنعتمد على اختبار تحليل التباين أحادي الجانب One way ANOVA من أجل مقارنة متوسطات أكثر من فئتين بالنسبة للنمط التحويلي. حيث يشترط هذا الاختبار أن يكون المتغير يتبع التوزيع الطبيعي(النمط التحويلي)، والمجموعات مستقلة (الفئات العمرية)،

بالإضافة إلى شرط تساوي تباين المتغير(النمط التحويلي) بالنسبة لكل الفئات (العمرية) أو ما يسمى بالتجانس.

الجدول رقم 25: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التحويلي حسب متغير العمر.

النمط القيادي	الفئة العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نمط قيادي تحويلي	من 20 أقل من 30 سنة	3,33	0,05
	من 30 أقل من 40 سنة	3,29	0,07
	من 40 أقل من 50 سنة	3,41	0,13
	من 50 أقل من 60 سنة	3,48	0,26
	أكثر من 60 سنة	4,02	0,52

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الفئة العمرية (أكثر من 60 سنة) ترى أن النمط التحويلي مطبق بشكل كبير، غير أن هذه الفئة لا تشكل سوى (0,6%) من أفراد العينة وبالتالي فان هذا المتوسط لا يمكن الاعتماد عليه. بالنسبة للفئات الأخرى فان متوسطاتها تراوحت بين التطبيق المقبول إلى المتوسط لهذا النمط القيادي. ومن أجل معرفة مدى معنوية هذه الفروق نقوم بالاختبار التالي.

الجدول رقم 26: اختبار One way ANOVA لمتغير العمر.

Test of Homogeneity of Variances		ANOVA		
Levene's	Sig	الاختلافات	قيمة F	قيمة Sig
0,32	0,86	بين الفئات	0,93	0,44

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال النصف الأول من الجدول نستطيع تحديد ما إذا كان هناك تجانس أم لا: من خلال اختبار Levene's حيث نلاحظ أن Sig=0,86>0,05 وبالتالي فان الاختبار غير معنوي وهناك تجانس (تحقق الشرط)، وبالتالي يمكن أن ننتقل إلى الشق الثاني من الجدول، حيث نلاحظ أن Sig=0,44>0,05 ومنه نقبل الفرضية.

لا توجد اختلافات معنوية بين الفئات العمرية حول مدى تطبيق النمط القيادة التحويلي. رغم أننا وجدنا اختلافات بين الفئات العمرية حول مدى تطبيق النمط القيادي التحويلي، إلا أن هذه الاختلافات غير معنوية: أي ليست لها دلالة إحصائية.

4-1 لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التحويلي بين أفراد العينة وفق متغير التخصص الوظيفي.

مثل الفرضية السابقة نقوم باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي الجانب One way ANOVA . حيث يشترط هذا الاختبار أن يكون المتغير يتبع التوزيع الطبيعي(النمط التحويلي)، والمجموعات مستقلة (التخصصات الوظيفية)، بالإضافة إلى شرط تساوي تباين المتغير(النمط التحويلي) بالنسبة لكل الفئات (التخصصات) أو ما يسمى بالتجانس.

الجدول رقم 27: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التحويلي حسب متغير التخصص الوظيفي.

النمط القيادي	التخصص الوظيفي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نمط قيادي تحويلي	طبيب	3,18	0,06
	إداري	3,61	0,09
	فني	3,38	0,06

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن متوسط الإداريين حول مدى تطبيق النمط التحويلي مقبول، يليه متوسط الفنيين، وأخيرا متوسط الأطباء. ومن أجل معرفة ما إذا كانت هذه الاختلافات معنوية، سنقوم بإجراء الاختبار التالي:

الجدول رقم 28: اختبار One way ANOVA لمتغير التخصص الوظيفي.

Test of Homogeneity of Variances		ANOVA		
Levene	Sig	الاختلافات	قيمة F	قيمة Sig
0,09	0,9	بين الفئات	7,21	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال النصف الأول من الجدول نستطيع تحديد ما إذا كان هناك تجانس أم لا من خلال اختبار Levene's حيث نلاحظ أن Sig=0,9>0,05 وبالتالي فان الاختبار غير معنوي وهناك تجانس (تحقق الشرط)، وبالتالي يمكن أن ننتقل إلى الشق الثاني من الجدول، حيث نلاحظ أن Sig=0,00<0,05 ومنه نرفض الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية لتصبح:

توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التحويلي بين أفراد العينة وفق متغير التخصص الوظيفي.

ولمعرفة أين تكمن الاختلافات بين التخصصات الوظيفية: سنطبق اختبار Tukey من أجل توضيح المقارنات المتعددة بين الفئات الثلاث.

الجدول رقم 29: اختبار Tukey حسب متغير التخصص الوظيفي.

التخصص الوظيفي	طبيب	إداري	فني
طبيب	-	0,43* 0,00	0,2 0,06
إداري	-0,43* 0,00	-	-0,23 0,13
فني	-0,2 0,06	0,23 0,13	-

(*) تعني أن هناك اختلافات ذات دلالة معنوية عند مستوى الدلالة (α=0,05).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال نتائج الجدول نلاحظ أنه ليست هناك اختلافات معنوية بين متوسط كل من الطبيب مع الفني وبين الفني والإداري. غير أنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الأطباء ومتوسط الإداريين بالنسبة لمدى تطبيق النمط التحويلي. وبالتالي نرفض الفرض السابق ليصبح:

لا توجد اختلافات معنوية بين متوسط النمط القيادي لدى الأطباء والفنيين من جهة، وبين الفنيين والإداريين من جهة أخرى. غير أنه هناك اختلاف بين متوسط النمط التحويلي لدى الأطباء عن نظيره لدى الإداريين، وهذا الفرق لصالح الإداريين.

5-1 لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التحويلي بين أفراد العينة وفق متغير المؤهل الدراسي.

مثل الفرضية السابقة نقوم باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي الجانب One way ANOVA . حيث يشترط هذا الاختبار أن يكون المتغير يتبع التوزيع الطبيعي(النمط التحويلي)، والمجموعات مستقلة (المؤهلات الدراسية)، بالإضافة إلى شرط تساوي تباين المتغير(النمط التحويلي) بالنسبة لكل الفئات (المؤهلات الدراسية) أو ما يسمى بالتجانس.

الجدول رقم 30: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التحويلي حسب متغير المؤهل الدراسي.

النمط القيادي	المؤهل الدراسي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نمط قيادي تحويلي	دكتوراه	3,45	0,28
	ماجستير	3,16	0,06
	مؤهل جامعي	3,29	0,17
	مدرسة التمريض	3,57	0,08
	معهد وما دون	3,4	0,08

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هنالك اختلاف بين متوسطات ذوي المؤهلات الدراسية المختلفة، إذ كان أكبر المتوسطات بالنسبة للنمط التحويلي للممرضات، يليها حاملي شهادة الدكتوراه، إلى أن نصل إلى متوسط حاملي شهادة الماجستير: حيث كان مدى تطبيق النمط التحويلي متوسطا. ومن أجل معرفة مدى معنوية هذه الاختلافات نقوم بالاختبار التالي.

الجدول رقم 31: اختبار One way ANOVA لمتغير المؤهل الدراسي.

Test of Homogeneity of Variances		ANOVA		
Levene's	Sig	**الاختلافات**	**قيمة** F	**قيمة** Sig
0,36	0,83	بين الفئات	3,66	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال النصف الأول من الجدول نستطيع تحديد ما إذا كان هناك تجانس أم لا من خلال اختبار Levene's حيث نلاحظ أن Sig=0,83>0,05 وبالتالي فان الاختبار غير معنوي وهناك تجانس (تحقق الشرط)، وبالتالي يمكن أن ننتقل إلى الشق الثاني من الجدول، حيث نلاحظ أن Sig=0,00<0,05 ومنه **نرفض** الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية لتصبح:

توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التحويلي بين أفراد العينة وفق متغير المؤهل الدراسي. ولمعرفة أين تكمن الاختلافات بين المؤهلات الدراسية سنطبق اختبار Tukey من أجل توضيح المقارنات المتعددة بين الفئات.

الجدول رقم 32: اختبار Tukey حسب متغير المؤهل الدراسي.

المؤهل الدراسي	دكتوراه	ماجستير	جامعي	مدرسة التمريض	معهد وما دون
دكتوراه	-	0,28 0,83	-0,15 0,98	0,12 0,99	-0.04 1,00
ماجستير	0,28 0,83	-	0,13 0,93	*0,41 0,00	-0,23 0,13
جامعي	0,15 0,98	0,13 0,93	-	0,28 0,51	-0,1 0,97
مدرسة التمريض	-0,12 0,99	*-0,41 0,00	-0,28 0,51	-	-0,17 0,59
معهد وما دون	0.04 1,00	-0,23 0,13	-0,1 0,97	0,17 0,59	-

(*) تعني أن هناك اختلافات ذات دلالة معنوية عند مستوى الدلالة (α=0,05).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال المقارنات بين الفئات **أنه ليست هناك اختلافات ذات دلالة إحصائية بين مختلف أصحاب المؤهلات الدراسية، ما عدا المتخرجين من مدرسة التمريض والحاصلين على درجة الماجستير: فإنه هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين متوسطاتهما حول مدى تطبيق النمط القيادي التحويلي وهذا الاختلاف لصالح المتخرجين من مدرسة التمريض.**

6-1 لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التحويلي بين أفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة.

مثل الفرضية السابقة نقوم باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي الجانب One way ANOVA . حيث يشترط هذا الاختبار أن يكون المتغير يتبع التوزيع الطبيعي(النمط التحويلي)، والمجموعات مستقلة (سنوات الخبرة)، بالإضافة إلى شرط تساوي تباين المتغير(النمط التحويلي) بالنسبة لكل الفئات (الفئات) أو ما يسمى بالتجانس.

الجدول رقم 33: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التحويلي حسب متغير سنوات الخبرة.

النمط القيادي	سنوات الخبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نمط قيادي تحويلي	أقل من سنة	3,35	0,14
	من سنة أقل من 5 سنوات	3,29	0,06
	من 5 أقل من 10 سنوات	3,45	0,09
	من 10 أقل من 15 سنة	3,02	0,15
	من 15 أقل من 20 سنة	3,41	0,12
	أكثر من 20 سنة	3,49	0,12

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول السابق أن المتوسطات متقاربة حول مدى تطبيق النمط التحويلي بالنسبة لأفراد العينة لمختلف فئات سنوات الخبرة، ما عدا أصحاب الخبرة (من 10 أقل من 15 سنة) حيث كان متوسطهم (3,02). ومن أجل معرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات معنى نقوم بإجراء الاختبار التالي.

الجدول رقم 34: اختبار One way ANOVA لمتغير سنوات الخبرة.

Test of Homogeneity of Variances		ANOVA		
Levene's	Sig	الاختلافات	قيمة F	قيمة Sig
0,74	0,59	بين الفئات	1,86	0,1

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال النصف الأول من الجدول نستطيع تحديد ما إذا كان هناك تجانس أم لا: من خلال اختبار Levene's حيث نلاحظ أن Sig=0,59>0,05 وبالتالي فان الاختبار غير معنوي وهناك تجانس (تحقق الشرط)، وبالتالي يمكن أن ننتقل إلى الشق الثاني من الجدول، حيث نلاحظ أن Sig=0,1>0,05 ومنه **نقبل** الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية.

لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التحويلي بين أفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة.

2- اختبار الفرضية الفرعية الثانية: لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق المتغيرات الديمغرافية.

2-1 لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق متغير نوع القطاع.

رأينا سابقا أن النمط التبادلي لا يتبع التوزيع الطبيعي وبالتالي فإننا سنطبق اختبارات لا معلميه. والاختبار المناسب هو اختبار مان-ويتني Mann-Whitney للمقارنة بين وسطي مجتمعين مستقلين (الخاص والعام). حيث سنقوم أولا بحساب متوسطات النمط التبادلي بالنسبة لكل قطاع.

الجدول رقم 35: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التبادلي وفق متغير القطاع.

المتغير/ القطاع		**المتوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**
النمط القيادي التبادلي	عام	3,34	0,04
	خاص	3,68	0,07

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن متوسط القطاع الخاص أكبر من متوسط القطاع العام حول مدى تطبيق النمط التبادلي. ومن أجل معرفة مدى معنوية هذا الاختلاف نقوم بالاختبار التالي.

الجدول رقم 36: اختبار مان-ويتني حسب متغير القطاع.

قيمة اختبار Mann-Whitney	**قيمة Z**	**قيمة Sig**
6538,5	- 3,73	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال نتائج الاختبار أن Sig = 0,00 < 0,05 وبالتالي فإننا نرفض الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية لتصبح:

توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي كل من القطاع الخاص والعام حول مدى تطبيق النمط القيادي التبادلي، وهذا الاختلاف لصالح القطاع الخاص.

2-2 لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق متغير الجنس.

بما أن النمط التبادلي لا يتبع التوزيع الطبيعي فإننا سنطبق اختبارات لا معلميه. والاختبار المناسب هو اختبار مان-ويتني Mann-Whitney للمقارنة بين وسطي مجتمعين مستقلين (الذكر والأنثى).

الجدول رقم 37: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التبادلي حسب متغير الجنس.

النمط القيادي	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نمط قيادي تبادلي	ذكر	3,37	0,06
	أنثى	3,44	0,05

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ أن متوسطي الذكور والإناث متقاربين حول مدى تطبيق النمط التبادلي، ومن أجل معرفة مدى معنوية هذا الفرق سنقوم بإجراء الاختبار التالي.

الجدول رقم 38: اختبار مان-ويتني حسب متغير الجنس.

قيمة اختبار Mann-Whitney	**قيمة** Z	**قيمة** Sig
12309,5	- 0,92	0,35

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال نتائج الاختبار أن Sig = 0,35 > 0,05 وبالتالي فإننا نقبل الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية:

لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي كل من الذكور والأناث حول مدى تطبيق النمط القيادي التبادلي.

2-3 لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق متغير العمر.

بما أن النمط التبادلي لا يتبع التوزيع الطبيعي، وبما أن متغير العمر يحتوي على أكثر من فئتين مستقلتين فان الاختبار اللا معلمي المناسب هو اختبار كروسكل-ولاس Kruskal-wallis.

الجدول رقم 39: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التبادلي حسب متغير العمر.

النمط القيادي	الفئة العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نمط قيادي تبادلي	من 20 اقل من 30 سنة	3,44	0,05
	من 30 اقل من 40 سنة	3,35	0,07
	من 40 اقل من 50 سنة	3,45	0,14
	من 50 اقل من 60 سنة	3,37	0,23
	أكثر من 60 سنة	4,06	0,56

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ أن أكبر متوسط لمدى تطبيق النمط التبادلي كان للفئة العمرية (أكبر من 60 سنة) غير أن هذه الفئة لا تمثل سوى (0,06) من مُجمل أفراد العينة، أما بالنسبة لباقي الفئات العمرية فقد كانت متوسطاتهم متقاربة. ومن أجل معرفة ما إذا كانت هناك اختلافات معنوية بين هذه المتوسطات نقوم بالاختبار التالي.

الجدول رقم 40: اختبار كروسكل-ولاس حسب متغير العمر.

قيمة **Kruskal-Wallis Test**	درجة حرية الاختبار	قيمة Sig
1,55	4	0,81

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال نتائج الاختبار أن $Sig = 0,81 > 0,05$ وبالتالي فإننا نقبل الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية.

لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق متغير العمر.

4-2 لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق متغير التخصص الوظيفي.

بما أن النمط التبادلي لا يتبع التوزيع الطبيعي، وبما أن متغير التخصص الوظيفي يحتوي على أكثر من فئتين مستقلتين فان الاختبار اللا معلمي المناسب هو اختبار كروسكل-ولاس **Kruskal-wallis**.

الجدول رقم 41: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التبادلي حسب متغير التخصص الوظيفي.

النمط القيادي	التخصص الوظيفي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نمط قيادي تبادلي	طبيب	3,28	0,05
	إداري	3,66	0,09
	فني	3,45	0,06

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن متوسط الإداريين كان الأكبر بالنسبة لمدى تطبيق النمط التبادلي، يليه متوسط الفنيين، وفي الأخير كان الأطباء يرون أن النمط التبادلي مطبق بشكل متوسط. ومن أجل معرفة ما إذا كانت هذه المتوسطات مختلفة إحصائيا أم لا سنقوم بالاختبار التالي.

الجدول رقم 42: اختبار كروسكل-ولاس حسب متغير التخصص الوظيفي.

قيمة Kruskal-Wallis Test	درجة حرية الاختبار	قيمة Sig
13,12	2	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال نتائج الاختبار أن Sig = 0,00 < 0,05 وبالتالي فإننا نرفض الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية لتصبح:

توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق متغير التخصص الوظيفي. ومن أجل معرفة أين تكمن هذه الاختلافات نستخدم اختبار مان-ويتني Mann-Whitney بالنسبة لكل تخصصين وظيفيين على حدة.

الجدول رقم 43: اختبار Mann-Whitney حسب متغير التخصص الوظيفي.

قيمة اختبار Mann-Whitney	قيمة Sig بالنسبة للاختلاف بين:		
	الطبيب والإداري	الطبيب والفني	الإداري والفني
	0,00	0,02	0,1

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول:

لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية للنمط التبادلي بين الإداريين والفنيين. في حين كان هنالك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين الأطباء والإداريين حول مدى تطبيق النمط القيادي التبادلي، وهذا قد كان هذا الاختلاف لصالح الإداريين. كما كان هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين الأطباء والفنيين حول مدى تطبيق النمط التبادلي لصالح الفنيين.

2-5 لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق متغير المؤهل الدراسي.

بما أن النمط التبادلي لا يتبع التوزيع الطبيعي، وبما أن متغير المؤهل الدراسي يحتوي على أكثر من فئتين مستقلتين فان الاختبار اللا معلمي المناسب هو اختبار كروسكل-ولاس Kruskal-wallis.

الجدول رقم 44: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التبادلي حسب متغير المؤهل الدراسي.

النمط القيادي	المؤهل الدراسي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نمط قيادي تبادلي	دكتوراه	3,32	0,27
	ماجستير	3,28	0,05
	مؤهل جامعي	3,36	0,16
	مدرسة التمريض	3,58	0,08
	معهد وما دون	3,5	0,08

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن متوسط الممرضات هو الأكبر بالنسبة لباقي المؤهلات لمدى تطبيق النمط القيادي التبادلي، ومن أجل معرفة ما إذا كان هذا الاختلاف معنوياً سنقوم بإجراء الاختبار التالي.

الجدول رقم 45: اختبار كروسكل-ولاس حسب متغير المؤهل الدراسي.

قيمة Kruskal-Wallis Test	درجة حرية الاختبار	قيمة Sig
11,31	4	0,02

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال نتائج الاختبار أن $Sig = 0,02 < 0,05$ وبالتالي فإننا نرفض الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية لتصبح:

توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق متغير المؤهل الدراسي.

ومن أجل معرفة أين تكمن هذه الاختلافات سنقوم بتطبيق اختبار مان-ويتني Mann-Whitney.

الجدول رقم 46: اختبار مان-ويتني حسب متغير المؤهل الدراسي.

المؤهل الدراسي	دكتوراه	ماجستير	جامعي	مدرسة التمريض	معهد وما دون
دكتوراه	-	0,85	0,78	0,23	0,46
ماجستير	-	-	0,41	0,00	0,01
جامعي	-	-	-	0,19	0,54
مدرسة التمريض	-	-	-	-	0,52
معهد وما دون	-	-	-	-	-

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

بالنسبة لاختبار الفرضية: نلاحظ من خلال الجدول السابق ما يلي:

لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين مختلف ذوي المؤهلات الدراسية حول النمط القيادي التبادلي، ما عدا بين أفراد العينة من المتخرجين من مدرسة التمريض وبين الحاصلين على شهادة الماجستير فانه توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين متوسطاتهما حول مدى تطبيق النمط القيادي التبادلي، وقد كان هذا الفرق لصالح المتخرجين من مدرسة التمريض. بالإضافة إلى الاختلافات بين المتحصلين على درجة الماجستير وبين خريجي المعاهد وما دون، لصالح هذه الأخيرة.

2-6 لا توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة.

بما أن النمط التبادلي لا يتبع التوزيع الطبيعي، وبما أن متغير سنوات الخبرة يحتوي على أكثر من فئتين مستقلتين فان الاختبار اللا معلمي المناسب هو اختبار كروسكل-ولاس Kruskal-wallis.

الجدول رقم 47: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للنمط التبادلي حسب متغير الخبرة.

النمط القيادي	سنوات الخبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نمط قيادي تبادلي	اقل من سنة	3,65	0,09
	من سنة اقل من 5 سنوات	3,37	0,06
	من 5 اقل من 10 سنوات	3,48	0,09
	من 10 اقل من 15 سنة	3,08	0,14
	من 15 اقل من 20 سنة	3,43	0,12
	أكثر من 20 سنة	3,53	0,13

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن أفراد عينة الدراسة الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة يرون أن النمط التبادلي مطبق بشكل مقبول بالمقارنة مع باقي الفئات العمرية، ومن أجل معرفة إذا كان هذا الاختلاف ذو دلالة إحصائية سنقوم بتطبيق الاختبار التالي.

الجدول رقم 48: اختبار كروسكل-ولاس حسب متغير سنوات الخبرة.

قيمة Kruskal-Wallis Test	درجة حرية الاختبار	قيمة Sig
9,71	4	0,04

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال نتائج الاختبار أن Sig = 0,04 < 0,05 وبالتالي فإننا نرفض الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية لتصبح:

توجد اختلافات معنوية لنمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة.

ومن أجل معرفة أين تكمن هذه الاختلافات سنقوم بتطبيق اختبار مان-ويتني Mann-Whitney.

الجدول رقم 49: اختبار Mann-Whitney حسب متغير سنوات الخبرة.

سنوات الخبرة	اقل من سنة	من سنة اقل من 5 سنوات	من 5 اقل من 10 سنوات	من 10 اقل من 15 سنة	من 15 اقل من 20 سنة	أكثر من 20 سنة
اقل من سنة	-	0,02	0,52	0,00	0,27	0,54
من سنة اقل من 5 سنوات	-	-	0,18	0,12	0,44	0,2
من 5 اقل من 10 سنوات	-	-	-	0,04	0,63	0,98
من 10 اقل من 15 سنة	-	-	-	-	0,09	0,054
من 15 اقل من 20 سنة	-	-	-	-	-	0,71
أكثر من 20 سنة	-	-	-	-	-	-

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول السابق ما يلي:

لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة من ذوي الخبرات المتعددة حول مدى تطبيق النمط القيادي التبادلي: إلا أنه بين أفراد العينة من الفئتين (أقل من سنة) و (من سنة أقل من5 سنوات) يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية حول مدى تطبيق النمط التبادلي، وهذا الفرق لصالح أفراد العينة ذوي سنوات الخبرة (أقل من سنة). بالإضافة إلى أفراد العينة من الفئتين (أقل من

سنة) و (من 10 اقل من 15 سنة) يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية حول مدى تطبيق النمط التبادلي، وهذا الفرق لصالح أفراد العينة ذوي سنوات الخبرة (أقل من سنة). وأخيرا بين أفراد العينة من الفئتين (من 5 اقل من 10 سنوات) و (من 10 اقل من 15 سنة) يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية حول مدى تطبيق النمط التبادلي، وهذا الفرق لصالح أفراد العينة ذوي سنوات الخبرة (من 5 اقل من 10 سنوات).

بالنسبة للفرضية الرئيسية الأولى للدراسة لم تكن محققة بشكل كلي بل كانت محققة بشكل جزئي: حيث انه بالنسبة للنمط التحويلي لم تكن هناك اختلافات معنوية بين أفراد العينة تعود إلى كل من الجنس، العمر، وسنوات الخبرة. بينما كانت هناك اختلافات معنوية من حيث القطاع، التخصص الوظيفي، والمؤهل الدراسي. أما بالنسبة للنمط التبادلي لم تكن هناك اختلافات معنوية بين أفراد العينة تعود إلى القطاع، الجنس، والعمر. بينما كانت هناك اختلافات من حيث التخصص الوظيفي، المؤهل الدراسي، وسنوات الخبرة.

ثالثا: اختبار الفرضية الثانية.

الفرضية الثانية: لا توجد اختلافات معنوية بين أفراد عينة الدراسة حول جودة الخدمة الصحية وفقا للمتغيرات الديمغرافية (القطاع، الجنس، العمر، التخصص الوظيفي، المؤهل الدراسي، وسنوات الخبرة)

1- لا توجد اختلافات معنوية لجودة الخدمة الصحية بين أفراد العينة وفق متغير نوع القطاع.

من أجل اختبار هذه الفرضية سنقوم بمقارنة متوسطات القطاع العام والقطاع الخاص حول مستوى جودة الخدمة الصحية. ولهذا الغرض سنقوم بتطبيق اختبار Independent Samples T-test : الذي يختبر فيما إذا كان هناك اختلاف بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، مع الشروط التالية : المتغير يتبع التوزيع الطبيعي (جودة الخدمة الصحية) والمجموعتان مستقلتان (القطاع: عام وخاص).

الجدول رقم 50: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجودة الخدمة الصحية المقدمة بالنسبة لمتغير نوع القطاع.

نوع القطاع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
عام	3,69	0,35
خاص	4,28	0,05

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن متوسط القطاع الخاص أكبر من متوسط القطاع العام حول مستوى جودة الخدمة المقدمة، ومن أجل معرفة مدى معنوية هذا الفرق نقوم بالاختبار التالي:

الجدول رقم 51: اختبار Independent Sample T-test لمتغير القطاع.

	اختبار تساوي التباين Leven's test		اختبار تساوي المتوسطات Independent Sample T-test	
	F	Sig	t	Sig
تجانس التباين معتمد	3,34	0,06	- 8,31	0,00
تجانس التباين غير معتمد			- 9,62	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ وجود سطرين في الجدول أعلاه، وهذا راجع إلى اختبار تساوي التباين Leven's test حيث كانت Sig=0,06>0,05 معناه أن التباين معتمد، وبالتالي نقوم بالعودة إلى الاختبار Independent Sample T-test حيث نجد أن Sig=0,00<0,05 وبالتالي نقوم برفض الفرضية.
وبالتالي فانه هناك فروق معنوية بين القطاعين الخاص والعام حول جودة الخدمة الصحية لصالح القطاع الخاص. أي أن القطاع الخاص يقدم خدمة صحية ذات جودة جيدة بالنسبة للقطاع العام.

2- لا توجد اختلافات معنوية لجودة الخدمة الصحية بين أفراد العينة وفق متغير الجنس.

من أجل اختبار هذه الفرضية سنقوم بمقارنة متوسطات كل من الذكور والإناث حول جودة الخدمة الصحية. ولهذا الغرض سنقوم بتطبيق اختبار Independent Sample T-test .

الجدول رقم 52: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجودة الخدمة الصحية المقدمة بالنسبة لمتغير الجنس.

الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ذكر	3,76	0,05
أنثى	3,86	0,04

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن متوسط الإناث حول مدى جودة الخدمة الصحية المقدمة أكبر من متوسط الذكور، ومن أجل معرفة إذا كان هذا الاختلاف معنوي أم لا سنقوم بإجراء الاختبار التالي:

الجدول رقم 53: اختبار Independent Sample T-test لمتغير الجنس.

	اختبار تساوي التباين Levene's test		اختبار تساوي المتوسطات Independent Sample T-test	
	F	Sig	t	Sig
تجانس التباين معتمد	0,25	1,31	- 1,47	0,14
تجانس التباين غير معتمد			- 1,44	0,15

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال اختبار تساوي التباين Levene's test نلاحظ أن Sig=0,25>0,05 معناه أن التباين معتمد، وبالتالي نقوم بالعودة إلى الاختبار Independent Sample T-test حيث نجد أن Sig=0,14>0,05 ومنه نقوم بقبول الفرضية.

وبالتالي فانه لا توجد فروق معنوية بين كل من الذكور والإناث حول مستوى جودة الخدمة الصحية التي يقدمونها. (مع العلم أن متوسطي الفئتين كانا متقاربين).

3- لا توجد اختلافات معنوية لمستوى جودة الخدمة الصحية بين أفراد العينة وفق متغير العمر.

من أجل اختبار هذه الفرضية سنعتمد على اختبار تحليل التباين أحادي الجانب One way ANOVA من أجل مقارنة متوسطات أكثر من فئتين بالنسبة لجودة الخدمة الصحية. حيث يشترط هذا الاختبار أن يكون المتغير يتبع التوزيع الطبيعي(جودة الخدمة الصحية)، والمجموعات مستقلة (الفئات العمرية)، بالإضافة إلى شرط تساوي تباين المتغير(جودة الخدمة الصحية) بالنسبة لكل الفئات (العمرية) أو ما يسمى بالتجانس.

الجدول رقم 54: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجودة الخدمة الصحية المقدمة بالنسبة لمتغير العمر.

الفئة العمرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
من 20 أقل من 30 سنة	3,79	0,04
من 30 أقل من 40 سنة	3,83	0,05
من 40 أقل من 50 سنة	3,9	0,09
من 50 أقل من 60 سنة	3,86	0,27
أكثر من 60 سنة	4,45	0,48

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن الفئة العمرية (أكثر من 60 سنة) استحوذت على أكبر متوسط، غير أن هذه الفئة لا تمثل سوى (0,6%) من عينة الدراسة، ومن أجل معرفة ما إذا كانت الفروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية، سنقوم بالاختبار التالي:

الجدول رقم 55: اختبار One way ANOVA لمتغير العمر.

Test of Homogeneity of Variances		ANAVA		
Levene's	Sig	الاختلافات	قيمة F	قيمة Sig
0,78	0,53	بين الفئات	0,85	0,49

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال النصف الأول من الجدول أعلاه نستطيع تحديد ما إذا كان هناك تجانس أم لا من خلال اختبار Levene's حيث نلاحظ أن Sig=0,53>0,05 وبالتالي فان الاختبار غير معنوي وهناك تجانس (تحقق الشرط)، وبالتالي يمكن أن ننتقل إلى الشق الثاني من الجدول، حيث نلاحظ أن Sig=0,49>0,05 ومنه نقبل الفرضية.

لا توجد اختلافات معنوية بين الفئات العمرية حول مستوى جودة الخدمة الصحية. رغم أننا وجدنا اختلافات بين الفئات العمرية حول مستوى جودة الخدمة الصحية- في الجدول رقم 53- إلا أن هذه الاختلافات غير معنوية: أي ليست لها دلالة إحصائية.

4- لا توجد اختلافات معنوية لمستوى جودة الخدمة الصحية بين أفراد العينة وفق متغير التخصص الوظيفي.

مثل الفرضية السابقة نقوم باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي الجانب One way ANOVA. حيث يشترط هذا الاختبار أن يكون المتغير يتبع التوزيع الطبيعي(جودة الخدمة الصحية)، والمجموعات مستقلة (التخصصات الوظيفية)، بالإضافة إلى شرط تساوي تباين المتغير(جودة الخدمة الصحية) بالنسبة لكل الفئات (التخصصات) أو ما يسمى بالتجانس.

الجدول رقم 56: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجودة الخدمة الصحية المقدمة بالنسبة لمتغير التخصص الوظيفي.

التخصص الوظيفي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
طبيب	3,63	0,04
إداري	3,98	0,07
فني	3,96	0,04

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول السابق أن متوسط الإداريين كان الأكبر بالمقارنة مع باقي التخصصات الوظيفية، ومن أجل معرفة مدى معنوية هذه الاختلافات سنقوم بالاختبار التالي:

الجدول رقم 57: اختبار One way ANOVA لمتغير التخصص الوظيفي.

Test of Homogeneity of Variances		ANOVA		
Levene's	Sig	الاختلافات	قيمة F	قيمة Sig
0,13	0,87	بين الفئات	14,14	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال النصف الأول من الجدول أعلاه نستطيع تحديد ما إذا كان هناك تجانس أم لا من خلال اختبار Levene's حيث نلاحظ أن Sig=0,87>0,05 وبالتالي فان الاختبار غير معنوي وهناك تجانس (تحقق الشرط)، وبالتالي يمكن أن ننتقل إلى الشق الثاني من الجدول، حيث نلاحظ أن Sig=0,00<0,05 ومنه نرفض الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية لتصبح:

توجد اختلافات معنوية لمستوى جودة الخدمة الصحية بين أفراد العينة وفق متغير التخصص الوظيفي. ولمعرفة أين تكمن الاختلافات بين التخصصات الوظيفية سنطبق اختبار Tukey من أجل توضيح المقارنات المتعددة بين الفئات الثلاث.

الجدول رقم 58: اختبار Tukey حسب متغير التخصص الوظيفي.

التخصص الوظيفي	طبيب	إداري	فني
طبيب	-	* 0,35 0,00	* 0,33 0,00
إداري	-*0,35 0,00	-	-0,02 0,97
فني	* -0,33 0,00	0,02 0,97	-

(*) تعني أن هناك اختلافات ذات دلالة معنوية عند مستوى الدلالة (α=0,05).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال نتائج الجدول نلاحظ أنه **ليست هناك اختلافات معنوية بين متوسط كل من الفنيين والإداريين حول مستوى جودة الخدمة الصحية. غير أنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الأطباء ومتوسط الإداريين بالنسبة لجودة الخدمة الصحية، وهذه الفروق لصالح الإداريين. كما أن هناك اختلافات ذات دلالة إحصائية بين الأطباء والفنيين حول مستوى جودة الخدمة الصحية، وهذا الاختلاف لصالح الفنيين.**

5- لا توجد اختلافات معنوية لمستوى جودة الخدمة الصحية بين أفراد العينة وفق متغير المؤهل الدراسي.

مثل الفرضية السابقة نقوم باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي الجانب One way ANOVA . حيث يشترط هذا الاختبار أن يكون المتغير يتبع التوزيع الطبيعي (جودة الخدمة الصحية)، والمجموعات مستقلة (المؤهلات الدراسية)، بالإضافة إلى شرط تساوي تباين المتغير(جودة الخدمة الصحية) بالنسبة لكل الفئات (المؤهلات) أو ما يسمى بالتجانس.

الجدول رقم 59: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجودة الخدمة الصحية المقدمة بالنسبة لمتغير المؤهل الدراسي.

المؤهل الدراسي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
دكتوراه	3,84	0,22
ماجستير	3,61	0,04
مؤهل جامعي	3,8	0,13
مدرسة التمريض	4,06	0,06
معهد وأقل	3,93	0,05

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن متوسط الخريجين من مدرسة التمريض كان الأكبر حول مستوى جودة الخدمة الصحية، بالمقارنة مع باقي ذوي المؤهلات الدراسية المختلفة. ومن أجل معرفة ما إذا كانت هذه الاختلافات معنوية سنقوم بالاختبار التالي:

الجدول رقم 60: اختبار One way ANOVA لمتغير المؤهل الدراسي.

Test of Homogeneity of Variances		ANOVA		
Levene's	Sig	الاختلافات	قيمة F	قيمة Sig
0,36	0,83	بين الفئات	8,43	0,00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال النصف الأول من الجدول أعلاه نستطيع تحديد ما إذا كان هناك تجانس أم لا من خلال اختبار Levene's حيث نلاحظ أن Sig=0,83>0,05 وبالتالي فان الاختبار غير معنوي وهناك تجانس (تحقق الشرط)، وبالتالي يمكن أن ننتقل إلى الشق الثاني من الجدول، حيث نلاحظ أن Sig=0,00<0,05 ومنه **نرفض** الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية لتصبح:

توجد اختلافات معنوية لمستوى جودة الخدمة الصحية بين أفراد العينة وفق متغير المؤهل الدراسي.
ولمعرفة أين تكمن الاختلافات بين المؤهلات الدراسية سنطبق اختبار Tukey من أجل توضيح المقارنات المتعددة بين الفئات.

الجدول رقم 61: اختبار Tukey حسب متغير المؤهل الدراسي.

المؤهل الدراسي	دكتوراه	ماجستير	جامعي	مدرسة التمريض	معهد وما دون
دكتوراه	-	- 0,22 0,80	- 0,04 1,00	0,21 0,83	0.08 0,99
ماجستير	0,22 0,80	-	-0,18 0,59	*0,44 0,00	0,31 0,13
جامعي	0,04 1,00	0,18 0,59	-	0,26 0,27	0,13 0,83
مدرسة التمريض	-0,21 0,83	*-0,44 0,00	-0,26 0,27	-	0,12 0,6
معهد وما دون	- 0.08 0,99	-0,31 0,13	-0,13 0,83	- 0,12 0,6	-

(*) تعني أن هناك اختلافات ذات دلالة معنوية عند مستوى الدلالة (α=0,05).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال المقارنات بين الفئات **أنه ليست هناك اختلافات ذات دلالة إحصائية بين مختلف أصحاب المؤهلات الدراسية، ما عدا المتخرجين من مدرسة التمريض والحاصلين على درجة الماجستير: فإنه هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين متوسطاتهما حول مستوى جودة الخدمة الصحية، وهذا الاختلاف لصالح المتخرجين من مدرسة التمريض.**

6- لا توجد اختلافات معنوية لمستوى جودة الخدمة الصحية بين أفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة.

مثل الفرضية السابقة نقوم باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي الجانب One way ANOVA . حيث يشترط هذا الاختبار أن يكون المتغير يتبع التوزيع الطبيعي(جودة الخدمة الصحية)، والمجموعات مستقلة (سنوات الخبرة)، بالإضافة إلى شرط تساوي تباين المتغير(جودة الخدمة الصحية) بالنسبة لكل الفئات (الفئات) أو ما يسمى بالتجانس.

الجدول رقم 62: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لجودة الخدمة الصحية المقدمة بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة.

سنوات الخبرة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
أقل من سنة	3,82	0,09
من سنة أقل من 5 سنوات	3,73	0,05
من 5 أقل من 10 سنوات	3,92	0,06
من 10 أقل من 15 سنة	3,74	0,09
من 15 أقل من 20 سنة	3,91	0,1
أكثر من 20 سنة	3,97	0,1

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن متوسط الفئة ذات الخبرة (من 10 اقل من 15 سنة) كان الأكبر بالنسبة لمستوى جودة الخدمة المقدمة، بالمقارنة مع باقي الفئات، ومن أجل معرفة مدى معنوية هذه الاختلافات سنقوم بإجراء الاختبار التالي:

الجدول رقم 63: اختبار One way ANOVA لمتغير سنوات الخبرة.

Test of Homogeneity of Variances		ANOVA		
Levene's	Sig	الاختلافات	قيمة F	قيمة Sig
0,59	0,7	بين الفئات	1,76	0,12

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال النصف الأول من الجدول أعلاه نستطيع تحديد ما إذا كان هناك تجانس أم لا من خلال اختبار Levene's حيث نلاحظ أن Sig=0,7>0,05 وبالتالي فان الاختبار غير معنوي وهناك تجانس(تحقق الشرط)، وبالتالي يمكن أن ننتقل إلى الشق الثاني من الجدول، حيث نلاحظ أن Sig=0,12>0,05 ومنه **نقبل** الفرضية القائلة بعدم وجود اختلافات معنوية.

لا توجد اختلافات معنوية لمستوى جودة الخدمة الصحية بين أفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة.

بالنسبة للفرضية الرئيسية الثانية للدراسة لم تكن محققة بشكل كلي بل كانت محققة بشكل جزئي: حيث أنه لم تكن هناك اختلافات معنوية بين أفراد العينة تعود إلى كل من الجنس، العمر، وسنوات الخبرة بالنسبة لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة. بينما كانت هناك اختلافات معنوية من حيث القطاع، التخصص الوظيفي، والمؤهل الدراسي فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.

رابعا: اختبار الفرضية الثالثة.

الفرضية الثالثة: لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في جودة الخدمة الصحية.

من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات المعلمية لأن المتغيرين يتبعان التوزيع الطبيعي. وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التحويلي وجودة الخدمة الصحية، نستخدم معامل الارتباط بيرسون Pearson.

الجدول رقم 64: معامل الارتباط Pearson بين النمط التحويلي وجودة الخدمة الصحية.

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
0,53 **	0,00	**معنوية**

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التحويلي وجودة الخدمة الصحية، وقيمة معامل الارتباط (0,53) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 65: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي وجودة الخدمة الصحية.

R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	قيمة Sig	الدلالة
0,283	**الثابت**	2,45	0,00	معنوية
	النمط التحويلي	0,41	0,00	معنوية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولا قيمة R Square وهو يمثل نسبة تباين الاعتمادية من خلال علاقتها الخطية مع النمط التحويلي، ومن خلال نتائج الجدول لدينا (28,3%) من اختلاف جودة الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التحويلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: Y = b + aX وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي Y = 2,45 + 0, 41 X . (حيث Y: جودة الخدمة الصحية، و X : النمط القيادي التحويلي)

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في جودة الخدمة الصحية**. وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

جودة الخدمة الصحية = 2,45 + 0,41 النمط التحويلي

ومن أجل التعمق في التحليل من خلال التعرف على أثر النمط التحويلي في كل بعد من الأبعاد التي تشكل في مجملها جودة الخدمة الصحية: سنقوم باختبار الفرضيات الفرعية التي تتفرع عنها، على أساس أبعاد جودة الخدمة الصحية (الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، اللباقة، والملموسية):

1- الفرضية الفرعية الأولى: **لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الاعتمادية.** من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات اللامعلمية لأن متغير الاعتمادية لا يتبع التوزيع الطبيعي، في حين أن النمط التحويلي يتبع التوزيع الطبيعي. وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التحويلي والاعتمادية، نستخدم معامل الارتباط سبيرمان Spearman.

الجدول رقم 66: معامل الارتباط Spearman بين النمط التحويلي والاعتمادية.

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
0,46 **	0,00	**معنوية**

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التحويلي والاعتمادية، وقيمة معامل الارتباط (0,46) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 67: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي والاعتمادية.

R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	قيمة Sig	الدلالة
0,201	**الثابت**	2,38	0,00	معنوية
	النمط التحويلي	0,4	0,00	معنوية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولا قيمة **R Square** وهو يمثل نسبة تباين الاعتمادية من خلال علاقتها الخطية مع النمط التحويلي، ومن خلال نتائج الجدول لدينا (20,1%) من اختلاف اعتمادية جودة الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التحويلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: Y = b + aX وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي . Y = 2,38 + 0, 4 X

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الاعتمادية**. وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

اعتمادية جودة الخدمة الصحية = 2,38 + 0,4 النمط التحويلي

2- الفرضية الفرعية الثانية: **لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الاستجابة.** من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات اللامعلمية لأن بعد الاستجابة لا يتبع التوزيع الطبيعي في حين أن النمط التحويلي يتبع التوزيع الطبيعي. وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التحويلي والاستجابة، نستخدم معامل الارتباط سبيرمان Spearman.

الجدول رقم 68: معامل الارتباط Spearman بين النمط التحويلي والاستجابة.

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
0,42 **	0,00	**معنوية**

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التحويلي والاستجابة، وقيمة معامل الارتباط (0,42) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 69: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي والاستجابة.

R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	قيمة Sig	الدلالة
0,166	**الثابت**	3,01	0,00	معنوية
	النمط التحويلي	0,33	0,00	معنوية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولا قيمة R Square وهو يمثل نسبة تباين الاستجابة من خلال علاقتها الخطية مع النمط التحويلي، ومن خلال نتائج الجدول لدينا (16,6%) من اختلاف الاستجابة في تقديم الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التحويلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: Y = b + aX وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي Y = 3,01 + 0, 33 X .

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الاستجابة.** وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

الاستجابة في تقديم الخدمة الصحية = 3,01 + 0,33 النمط التحويلي

3- الفرضية الفرعية الثالثة: **لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الأمان.** من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات اللامعلمية لأن بعد الأمان لا يتبع التوزيع الطبيعي في حين أن النمط التحويلي يتبع التوزيع الطبيعي. وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التحويلي والأمان، نستخدم معامل الارتباط سبيرمان Spearman.

الجدول رقم 70: **معامل الارتباط** Spearman **بين النمط التحويلي والأمان.**

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
0,46 **	0,00	**معنوية**

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التحويلي والأمان، وقيمة معامل الارتباط (0,46) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 71: **معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي والأمان.**

R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	قيمة Sig	الدلالة
0,191	**الثابت**	2,72	0,00	معنوية
	النمط التحويلي	0,37	0,00	معنوية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولا قيمة R Square وهو يمثل نسبة تباين الأمان من خلال علاقتها الخطية مع النمط التحويلي، ومن خلال نتائج الجدول لدينا (19,1%) من اختلاف الأمان يفسر من خلال النمط التحويلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: Y = b + aX وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي Y = 2,72 + 0, 37 X .

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الأمان.** وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

الأمان في تقديم الخدمة الصحية = 2,72 + 0,37 النمط التحويلي

4- الفرضية الفرعية الرابعة: **لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في اللباقة.** من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات اللامعلمية لأن بعد اللباقة لا يتبع التوزيع الطبيعي في حين أن النمط التحويلي يتبع التوزيع الطبيعي. وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التحويلي واللباقة، نستخدم معامل الارتباط سبيرمان Spearman.

الجدول رقم 72: معامل الارتباط Spearman بين النمط التحويلي واللباقة.

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
0,45 **	0,00	**معنوية**

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التحويلي واللباقة، وقيمة معامل الارتباط (0,45) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 73: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي واللباقة.

R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	قيمة Sig	الدلالة
0,168	**الثابت**	2,65	0,00	معنوية
	النمط التحويلي	0,35	0,00	معنوية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولا قيمة R Square وهو يمثل نسبة تباين اللباقة من خلال علاقتها الخطية مع النمط التحويلي، ومن خلال نتائج الجدول لدينا (16,8%) من اختلاف اللباقة يفسر من خلال النمط التحويلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: Y = b + aX وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي Y = 2,65 + 0, 35 X .

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في اللباقة.** وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

اللباقة في تقديم الخدمة الصحية = 2,65 + 0,35 النمط التحويلي

5- الفرضية الفرعية الخامسة: **لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الملموسية.** من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات اللامعلمية لأن بعد الملموسية لا يتبع التوزيع الطبيعي في حين أن النمط التحويلي يتبع التوزيع الطبيعي. وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التحويلي الملموسية، نستخدم معامل الارتباط سبيرمان Spearman.

الجدول رقم 74: معامل الارتباط Spearman بين النمط التحويلي والملموسية.

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
0,52 **	0,00	**معنوية**

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التحويلي الملموسية، وقيمة معامل الارتباط (0,52) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 75: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي الملموسية.

R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	قيمة Sig	الدلالة
0,245	**الثابت**	1,49	0,00	معنوية
	النمط التحويلي	0,58	0,00	معنوية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولا قيمة R Square وهو يمثل نسبة تباين الملموسية من خلال علاقتها الخطية مع النمط التحويلي، ومن خلال نتائج الجدول لدينا (24,5%) من اختلاف الملموسية يفسر من خلال النمط التحويلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: Y = b + aX وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي Y = 1,49 + 0,58 X .

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الملموسية**. وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

الملموسية في تقديم الخدمة الصحية = 1,49 + 0,58 النمط التحويلي

من خلال نتائج الاختبارات السابقة لاحظنا وجود علاقة ارتباط جيدة بين النمط التحويلي وجودة الخدمة الصحية، حيث نفسر هذا الارتباط من خلال دراسة أثر النمط التحويلي على كل بعد من الأبعاد التي تشكل جودة الخدمة الصحية. فقد كان النمط التحويلي أكثر تأثيرا في الملموسية، بينما كان له نفس الارتباط مع الاعتمادية واللباقة، وبدرجة اقل كان له أثر ايجابي في اللباقة، وأخيرا عرفت الاستجابة اقل ارتباط مع النمط التحويلي - بالمقارنة مع باقي الأبعاد – بالرغم من كونه جيدا وايجابيا.

خامسا: اختبار الفرضية الرابعة.

الفرضية الرابعة: لا يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في جودة الخدمة الصحية.

من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات اللا معلمية لأن متغير جودة الخدمة الصحية يتبع التوزيع الطبيعي في حين النمط التبادلي لا يتبع التوزيع الطبيعي. وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التبادلي وجودة الخدمة الصحية، نستخدم معامل الارتباط سبيرمان Spearman.

الجدول رقم 76: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي وجودة الخدمة الصحية.

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
0,53	0,00	**معنوية**

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التبادلي وجودة الخدمة الصحية، وقيمة معامل الارتباط (0,53) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 77: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي وجودة الخدمة الصحية.

R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	قيمة Sig	الدلالة
0,265	**الثابت**	2,41	0,00	معنوية
	النمط التبادلي	0,41	0,00	معنوية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولا قيمة **R Square**، ومن خلال نتائج الجدول لدينا (26,5%) من اختلاف جودة الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التبادلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: Y = b + aX وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي Y = 2,41 + 0, 41 X .

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في جودة الخدمة الصحية**. وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

جودة الخدمة الصحية = 2,41 + 0,41 النمط التبادلي

ومن أجل التعمق في التحليل من خلال التعرف على أثر النمط التبادلي في كل بعد من الأبعاد التي تشكل في مجملها جودة الخدمة الصحية: سنقوم باختبار الفرضيات الفرعية التي تتفرع عنها، على أساس أبعاد جودة الخدمة الصحية (الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، اللباقة، والملموسية):

1- الفرضية الفرعية الأولى: **لا يوجد أثر للنمط التبادلي في الاعتمادية**. من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات اللامعلمية لأن المتغيرين لا يتبعان التوزيع الطبيعي. وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التبادلي والاعتمادية، نستخدم معامل الارتباط سبيرمان.

الجدول رقم 78: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي والاعتمادية.

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
0,47	0,00	**معنوية**

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التبادلي والاعتمادية، وقيمة معامل الارتباط (0,47) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 79: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي والاعتمادية.

R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	قيمة Sig	الدلالة
0,22	**الثابت**	2,22	0,00	معنوية
	النمط التبادلي	0,43	0,00	معنوية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولا قيمة **R Square**، من خلال نتائج الجدول لدينا (20,1%) من اختلاف اعتمادية جودة الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التبادلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: $Y = b + aX$ وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي $Y = 2,22 + 0,43X$.

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الاعتمادية**. وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

اعتمادية جودة الخدمة الصحية = 2,22 + 0,43 النمط التبادلي

2- الفرضية الفرعية الثانية: **لا يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الاستجابة.** من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات اللامعلمية لأن كلا من المتغيرين لا يتبعان التوزيع الطبيعي، وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التبادلي والاستجابة، نستخدم معامل الارتباط سبيرمان Spearman.

الجدول رقم 80: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي والاستجابة.

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
0,42	0,00	معنوية

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التبادلي والاستجابة، وقيمة معامل الارتباط (0,42) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 81: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي والاستجابة.

R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	قيمة Sig	الدلالة
0,172	الثابت	2,91	0,00	معنوية
	النمط التبادلي	0,35	0,00	معنوية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولا قيمة R Square وهي تمثل: أن (17,2%) من اختلاف الاستجابة في تقديم الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التبادلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: $Y = b + aX$ وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي $Y = 2,91 + 0,35X$.

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الاستجابة.** وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

الاستجابة في تقديم الخدمة الصحية = 2,91 + 0,35 النمط التحويلي

3- الفرضية الفرعية الثالثة: **لا يوجد أثر للنمط التبادلي في الأمان.** من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات اللامعلمية كلا المتغيرين لا يتبعان التوزيع الطبيعي. وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التبادلي والأمان، نستخدم معامل الارتباط سبيرمان Spearman.

الجدول رقم 82: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي والأمان.

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
0,43 **	0,00	**معنوية**

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التبادلي والأمان، وقيمة معامل الارتباط (0,43) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 83: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي والأمان.

R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	قيمة Sig	الدلالة
0,181	**الثابت**	2,68	0,00	معنوية
	النمط التبادلي	0,38	0,00	معنوية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ ان قيمة **R Square** تمثل (18,1%) من اختلاف الأمان يفسر من خلال النمط التبادلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: Y = b + aX وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي = Y 2,68 + 0, 38 X .

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الأمان**. وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

الأمان في تقديم الخدمة الصحية = 2,68 + 0,38 النمط التحويلي

4- الفرضية الفرعية الرابعة: **لا يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في اللباقة**. من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات اللامعلمية لأن المتغيرين لا يتبعان التوزيع الطبيعي. وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التبادلي واللباقة، نستخدم معامل الارتباط سبيرمان Spearman.

الجدول رقم 84: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي واللباقة.

الدلالة	قيمة Sig	قيمة معامل الارتباط
معنوية	0,00	0,40 **

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التبادلي واللباقة، وقيمة معامل الارتباط (0,4) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 85: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي واللباقة.

الدلالة	قيمة Sig	قيمة المعاملات	المعاملات	R Square
معنوية	0,00	2,69	**الثابت**	0,14
معنوية	0,00	0,33	**النمط التبادلي**	

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولا قيمة **R Square** التي تبين أن (14%) من اختلاف اللباقة يفسر من خلال النمط التبادلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: $Y = b + aX$ وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي $Y = 2,69 + 0,33X$.

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في اللباقة.** وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

اللباقة في تقديم الخدمة الصحية = 2,69 + 0,33 النمط التبادلي

5- الفرضية الفرعية الخامسة: **لا يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الملموسية.** من أجل اختبار هذه الفرضية سنلجأ إلى الاختبارات اللامعلمية لأن المتغيرين لا يتبعان التوزيع الطبيعي. وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين النمط التبادلي والملموسية، نقوم بتطبيق معامل الارتباط سبيرمان Spearman.

الجدول رقم 86: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي والملموسية.

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
0,48 **	0,00	معنوية

(**) تعني أن الارتباط معنوي حتى عند (0,01).

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين النمط التبادلي الملموسية، وقيمة معامل الارتباط (0,48) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية مرفوضة مبدئيا. ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 87: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي الملموسية.

R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	قيمة Sig	الدلالة
0,207	الثابت	1,54	0,00	معنوية
	النمط التبادلي	0,55	0,00	معنوية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال جدول الانحدار نلاحظ قيمة R Square : أي أن (20,7%) من اختلاف الملموسية يفسر من خلال النمط التبادلي.

أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: Y = b + aX وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي . Y = 1,54 + 0,55 X

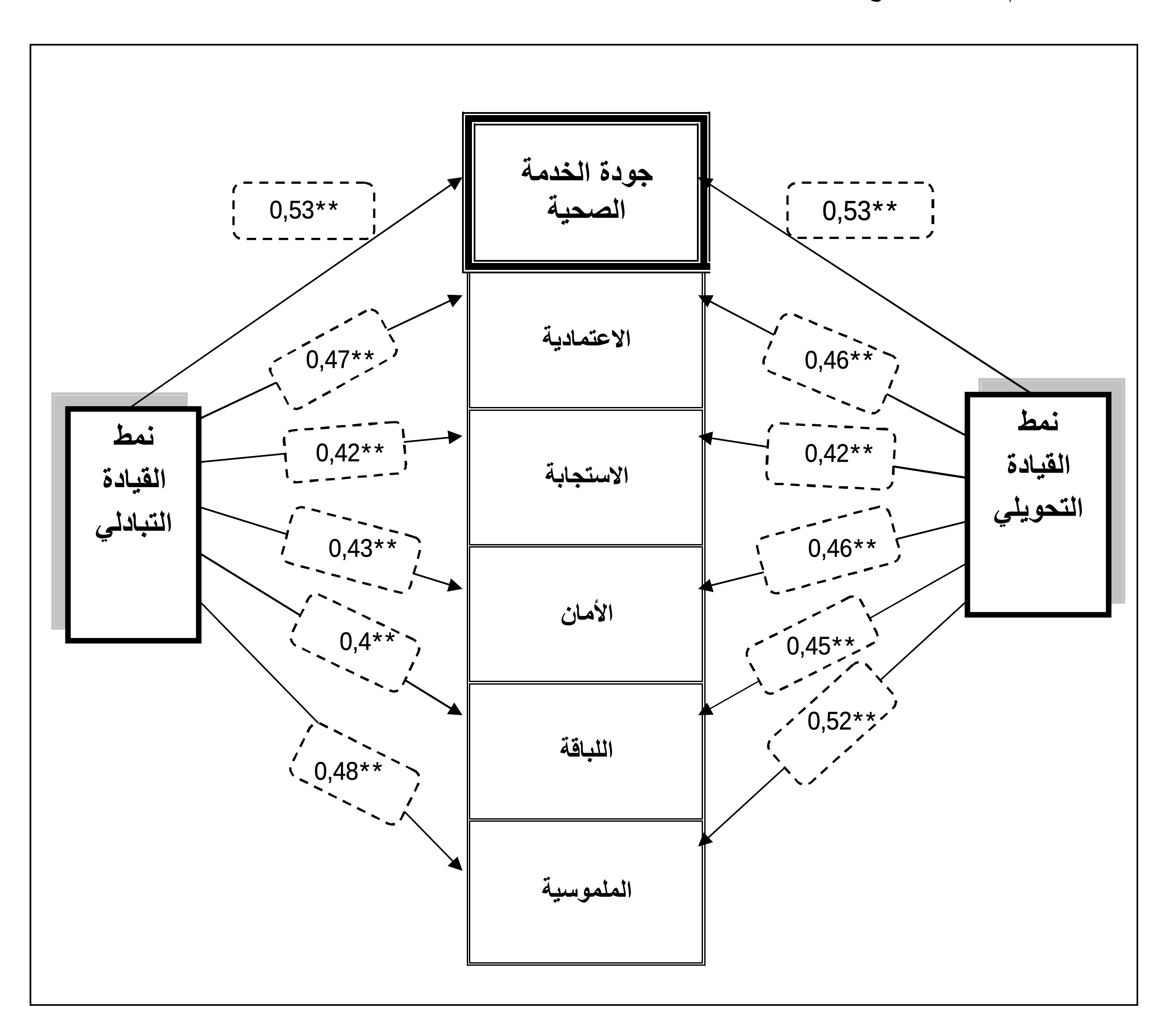
وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية: **يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الملموسية**. وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية.

الملموسية في تقديم الخدمة الصحية = 1,54 + 0,55 النمط التبادلي

من خلال الاختبارات السابقة توصلنا إلى انه هناك أثر ايجابي للنمط التبادلي في جودة الخدمة الصحية. وبشكل أكثر تفصيلا: توصلنا إلى أن النمط التبادلي له أكبر الأثر على بعد الملموسية، وله تأثير متساوي على بعدي الاعتمادية والأمان، وبدرجة اقل كان له تأثير على الاستجابة. بينما كان بعد اللباقة اقل تأثرا من النمط القيادي التبادلي بالمقارنة مع باقي الأبعاد المتعلقة بجودة الخدمة الصحية.

من خلال النتائج التي توصلنا إليها يمكن وضع معاملات لنموذج الدراسة:

الشكل رقم 15 : نموذج الدراسة المتوصل إليه.



المصدر: من إعداد الطالبة.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات.

يمثل هذا الفصل خلاصة ما توصلت إليه الدراسة، حيث تم ذكر النتائج التي توصلت إليها الباحثة من خلال الدراسة التطبيقية التي قامت بها في قطاع المستشفيات الخاصة والعامة بمحافظة دمشق. أما الشق الثاني فهو بعض التوصيات التي تقدمها الباحثة من أجل استكمال أهداف البحث.

أولا: النتائج.

1- نتائج الدراسة التطبيقية: من خلال الدراسة التطبيقية على عينة من المستشفيات من القطاعين العام والخاص بمحافظة دمشق تبين ما يلي:

1-1 **مدى تطبيق الأنماط القيادية المدروسة**: يرى أفراد عينة البحث أن النمط التبادلي أكثر تطبيقا من النمط التحويلي، لكن ليس بنسبة كبيرة.

- فقد كان النمط التبادلي مطبقا بنسبة مقبولة إلى حد ما إذ بلغت (3,41)، وهذا راجع إلى طبيعة الثقافة التنظيمية للمستشفيات: التي تقوم على علاقة تبادل بين القائد والعاملين وهو ما يتلاءم مع النمط التبادلي.

- بينما كان النمط التحويلي مطبقا في مستشفيات محافظة دمشق بنسبة متوسطة إذ بلغت (3,33)، لأن هذا النمط يقوم على العلاقة الجيدة مع الأتباع، والوعي المرتفع في إحداث التغيير، وهذا ما تفتقر إليه المنظمات بصفة عامة في مجتمعاتنا النامية.

1-2 **مستوى جودة الخدمة الصحية**: المستشفيات بمحافظة دمشق تقوم بتقديم خدمة صحية ذات جودة مقبولة إلى جيدة إذ بلغت (3,82).

- يقوم العاملون بالقطاع الخاص بتقديم خدمة صحية ذات جودة جيدة، بالمقارنة مع القطاع العام الذي يقوم العاملون به بتقديم الخدمة الصحية بجودة مقبولة. وهذا راجع إلى طبيعة الملكية، بالإضافة إلى مرونة القوانين والإجراءات بالنسبة للقطاع الخاص بالمقارنة بالقطاع العام، ومدى السلطة المتاحة في اتخاذ القرارات.

- تتميز الخدمة التي يقدمها العاملون بالمستشفى الفرنسي بجودة عالية مقارنة بباقي المستشفيات.

- أهم ما يميز قطاع المستشفيات أن الفئة العمرية الغالبة هي فئة الشباب وهذا مؤشر جيد، فهذه الفئة العمرية تساعد على سرعة التعلم كما أنها أكثر تقبلا للمفاهيم الإدارية الجديدة.

2- نتائج اختبار الفروض:

2-1 نتائج اختبار الفرض الأول: **لا توجد اختلافات معنوية بين أفراد عينة الدراسة حول الأنماط القيادية (التحويلي والتبادلي) وفقا للمتغيرات الديمغرافية (القطاع، الجنس، العمر، التخصص الوظيفي، المؤهل الدراسي، وسنوات الخبرة)**

2-1-1 بالنسبة للنمط القيادي التحويلي:

- هناك فروق ذات دلالة معنوية بين القطاعين الخاص والعام حول مدى تطبيق النمط القيادي التحويلي في مستشفيات محافظة دمشق لصالح القطاع الخاص بمتوسط قدره (3,67).
- كان للذكور والإناث نفس الرأي حول مدى تطبيق النمط القيادي التحويلي.
- لا توجد اختلافات إحصائية بين مختلف الفئات العمرية حول مدى تطبيق النمط القيادي التحويلي.
- توجد اختلافات معنوية بين ذوي مختلف التخصصات الوظيفية حول مدى تطبيق النمط القيادي التحويلي، وقد كانت هذه الاختلافات بين الأطباء والإداريين لصالح هذه الأخيرة بمتوسط قدره (3,61).
- توجد اختلافات يمكن الأخذ بها بين ذوي مختلف المؤهلات الدراسية حول مدى تطبيق النمط القيادي التحويلي، وهذه الاختلافات كانت بين المتخرجين من مدرسة التمريض والحاصلين على درجة الماجستير، لصالح المتخرجين من مدرسة التمريض بمتوسط قدره (3,57).
- لا توجد اختلافات ذات معنى بين أفراد عينة الدراسة وفق متغير سنوات الخبرة حول مدى تطبيق النمط القيادي التحويلي.

2-1-2 بالنسبة للنمط القيادي التبادلي:

- توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين كل من العاملين بالقطاع الخاص والعام حول مدى تطبيق النمط القيادي التبادلي، وهذا الاختلاف لصالح القطاع الخاص بمتوسط قدره (3,68).

- لا توجد اختلافات لها معنى بين الذكور والإناث حول مدى تطبيق النمط القيادي التبادلي.

- لا توجد اختلافات معنوية بين الفئات العمرية حول مدى تطبيق النمط القيادة التبادلي.

- توجد اختلافات معنوية لمدى تطبيق نمط القيادة التبادلي بين أفراد العينة وفق متغير التخصص الوظيفي. وكان هذا الاختلاف بين الأطباء والإداريين لصالح الإداريين بمتوسط قدره (3,66). بالإضافة إلى الاختلاف بين الأطباء والفنيين لصالح الفنيين بمتوسط قدره (3,45).

- إن الاختلافات بين أفراد العينة وفق المؤهل الدراسي حول مدى تطبيق النمط التبادلي راجع إلى الاختلاف بين كل من: المتخرجين من مدرسة التمريض وبين الحاصلين على شهادة الماجستير، لصالح المتخرجين من مدرسة التمريض بمتوسط قدره (3,58). الحاصلين على درجة الماجستير وبين خريجي المعاهد وما دون لصالح هذه الأخيرة بمتوسط قدره (3,5).

- ترجع الاختلافات ذات الدلالة الإحصائية بين أفراد العينة من ذوي الخبرات المتعددة حول مدى تطبيق النمط القيادي التبادلي إلى: أفراد العينة من الفئتين (اقل من سنة) و (من 5 اقل من 10 سنة) وهذا الفرق لصالح أفراد العينة ذوي سنوات الخبرة (اقل من سنة) بمتوسط قدره (3,65). بالإضافة إلى أفراد العينة من الفئتين (اقل من سنة) و(من 10 اقل من 15 سنة) لصالح أفراد العينة ذوي سنوات الخبرة (اقل من سنة). وأخيرا بين أفراد العينة من الفئتين (من 5 اقل من 10 سنوات) و (من 10 اقل من 15 سنة) يوجد اختلاف ذو دلالة إحصائية حول مدى تطبيق النمط التبادلي، وهذا الفرق لصالح أفراد العينة ذوي سنوات الخبرة (من 5 اقل من 10 سنوات).

2-2 نتائج اختبار الفرض الثاني: **لا توجد اختلافات معنوية بين أفراد عينة الدراسة حول جودة الخدمة الصحية وفقا للمتغيرات الديمغرافية (القطاع، الجنس، العمر، التخصص الوظيفي، المؤهل الدراسي، وسنوات الخبرة)**

- هناك فروق معنوية بين القطاعين الخاص والعام حول مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة لصالح القطاع الخاص بمتوسط قدره (4,28).

- لا توجد فروق معنوية بين كل من الذكور والإناث حول مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.

- لا توجد اختلافات معنوية بين الفئات العمرية حول مستوى جودة الخدمة الصحية.

- تعود الاختلافات المعنوية بين كل من الفنيين والإداريين والأطباء حول مستوى جودة الخدمة الصحية إلى الاختلاف بين الأطباء والإداريين لصالح الإداريين بمتوسط قدره (3,98). بالإضافة إلى الاختلاف بين الأطباء والفنيين، وهذا الاختلاف لصالح الفنيين بمتوسط قدره (3,96).

- تعود الاختلافات المعنوية بين أفراد العينة وفق المؤهلات الدراسية حول مستوى جودة الخدمة الصحية، إلى الاختلاف بين المتخرجين من مدرسة التمريض والحاصلين على درجة الماجستير، لصالح المتخرجين من مدرسة التمريض بمتوسط قدره (4,06).

- لا توجد اختلافات معنوية لمستوى جودة الخدمة الصحية بين أفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة.

2-3 نتائج اختبار الفرض الثالث: **لا يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في جودة الخدمة الصحية.**

- يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في جودة الخدمة الصحية: من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,53)، حيث أن (28,3%) من اختلاف جودة الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التحويلي. وبتفصيل أكثر لهذه العلاقة من خلال أبعاد جودة الخدمة الصحية نجد أنه:

- يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الاعتمادية: من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,46)، حيث أن (20,1%) من اختلاف اعتمادية الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التحويلي.

- يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الاستجابة: من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,42)، حيث أن (16,6%) من اختلاف الاستجابة في تقديم الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التحويلي.

- يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الأمان: من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,46)، حيث أن (19,1%) من اختلاف الأمان في تقديم الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التحويلي.

- يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في اللباقة: من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,45)، حيث أن (18,6%) من اختلاف اللباقة في تقديم الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التحويلي.

- يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في الملموسية: من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,52)، حيث أن (24,5%) من اختلاف الجوانب الملموسة في تقديم الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التحويلي.

2-4 نتائج اختبار الفرض الرابع: **لا يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في جودة الخدمة الصحية.**

- يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في جودة الخدمة الصحية: من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,53)، حيث أن (26,5%) من اختلاف جودة الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التبادلي. وبتفصيل أكثر لهذه العلاقة من خلال أبعاد جودة الخدمة الصحية نجد أنه:

- يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الاعتمادية من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,47)، حيث أن (22%) من اختلاف اعتمادية الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التبادلي.

- يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الاستجابة من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,42)، حيث أن (17,2%) من اختلاف الاستجابة في تقديم الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التبادلي.

- يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الأمان من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,43)، حيث أن (18,1%) من اختلاف الأمان في تقديم الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التبادلي.

- يوجد أثر للنمط القيادي التحويلي في اللباقة من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,4)، حيث أن (14%) من اختلاف الباقة في تقديم الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التبادلي.

- يوجد أثر للنمط القيادي التبادلي في الملموسية من خلال علاقة الارتباط الايجابية بينهما البالغة (0,48)، حيث أن (20,7%) من اختلاف الجوانب الملموسة في تقديم الخدمة الصحية يفسر من خلال النمط التبادلي.

ثانيا: التوصيات.

1- بما أن العاملين في قطاع المستشفيات أغلبهم من فئة الشباب فهذا يساعد إدارة المستشفى على تبني التوجهات الجديدة في القيادة: من خلال ترتيب إدارة المستشفى للمحاضرات من طرف الأخصائيين في علم إدارة الإعمال بالنسبة لكل المسؤولين في المستشفيات. ويتم ذلك عن طريق ربط الجامعة وقسم إدارة الأعمال خاصة بقطاع المستشفيات، لأن هذا سيمكن المختصين في قطاع المستشفيات من الاستفادة من الأدبيات الجديدة في الإدارة بصفة عامة والقيادة بصفة خاصة، كما يمكن الباحثين من الاستفادة من خبرة العاملين بقطاع المستشفيات.

2- بما أن أفراد عينة البحث يرون أن هناك علاقة بين النمط القيادي المتبع سواء كان تبادلي أو تحويلي وبين جودة الخدمة التي يقدمونها، فإن الباحثة ترى أن يكون هنالك اتصال أكثر بين القائد والأتباع من خلال محاولة القادة التقرب أكثر من العاملين في المستشفى وتشجيعهم أكثر على المبادرة به. عن طريق القيام بعقد حوارات تناقش بها سيرورة العمل، وطرح المشاكل التي قد يواجهها العاملون في تقديم الخدمة الصحية.

3- بما أن المستشفيات تحظى بطبيعة خاصة، فإنه من الأفضل أن تكون هنالك مواءمة للأنماط القيادية مع طبيعة هذه المستشفيات. وهذا سيكون استكمالا جيدا للبحث مستقبلا.

قائمة المراجع:

أولا: المراجع باللغة العربية.

أ- الكتب.

1) إبراهيم يوسف الضامن، **القيادة**، عمان، دار وائل، 2004.
2) [1] أحمد محمد غنيم، **إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة**، المنصورة، المكتبة العصرية، 2006.
3) اليزابيث أوليري، **قيادة الاعمال : خطوة خطوة**، بيروت، أكاديميا، 2001.
4) إياد شوكت منصور، **إدارة خدمة العملاء**، عمان، دار كنوز المعرفة العلمية، 2008.
5) بشير علاق، **أسس الإدارة الحديثة**، عمان، دار اليازوري، 1999.
6) بيترج. نورث هاوس، **القيادة الإدارية: النظرية و التطبيق**، الرياض، معهد الإدارة العامة، 2006.
7) ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، عمان، دار اليازوري، 2005.
8) ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، عمان، دار اليازوري، 2005.
9) حسن إبراهيم بلوط، **المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات**، لبنان، دار النهضة العربية، 2005.
10) حسين حريم، **السلوك التنظيمي: سلوك الأفراد في المنظمات**، عمان، دار زهران، 1997.
11) حسين عثمان محمد عثمان، **أصول على الإدارة العامة**، بيروت، منشورات الحلبي، 2007.
12) رافدة عمر الحريري، **إعداد القيادات الإدارية لمدارس المستقبل في ضوء الجودة الشاملة**، عمان، دار الفكر، 2007.
13) رجب عبد الحميد السيد، **دور القيادة في اتخاذ القرار خلال الأزمات**، القاهرة، (دون ناشر)، 2000.
14) زيد منير عبوي، **القيادة ودورها في العملية الإدارية**، عمان، دار البداية، 2007.
15) سلامة عبد العظيم حسين و طه عبد العظيم حسين، **الذكاء الوجداني للقيادة التربوية**، الإسكندرية، دار الوفاء، 2006.

16) سنان الموسوي، **الإدارة المعاصرة: الأصول والتطبيقات**، عمان، دار مجدلاوي، 2004.
17) سهيل أحمد عبيدات، **القيادة: أساسيات نظريات مفاهيم**، إربد، عالم الكتب الحديث، 2007.
18) سيد الهواري، **القائد التحويلي**، 1996.
19) صالح مهدي محسن العامري وطاهر محسن منصور الغالبي، **الإدارة و الأعمال**، عمان، دار وائل، 2008.

20) صلاح الدين عبد الباقي، **مبادئ السلوك التنظيمي**، **الإسكندرية**، الدار الجامعية، 2005.
21) طارق طه، **السلوك التنظيمي في بيئة العولمة و الانترنت**، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة، 2007، ص 231.
22) طارق عبد الحميد البدري، **الأساليب القيادية والإدارية في المؤسسات التعليمية**، عمان، دار الفكر، 2001.
23) طلال بن عايد الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية**، الرياض، مركز البحوث، 2004.
24) عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، **الإدارة: الأصول العلمية والتوجهات المستقبلية**، المنصورة، المكتبة العصرية، 2006.
25) عبد العزيز مخيمر وآخرون، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات**، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية،2003.
26) عوض خلف العنزي، **ادارة جودة الخدمات العامة**، الكويت، مكتبة الفلاح،2002.
27) فريد النجار، **ادارة المستشفيات وشركات الأدوية**، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2007.
28) فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، الشارقة، مكتبة الجامعة، 2008.
29) فواز التميمي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهل للآيزو 9001**، إربد، عالم الكتاب الحديث، 2008.
30) قاسم بن عائل الحربي، **القيادة التربوية الحديثة**، عمان، الجنادرية للنشر و التوزيع، 2008.
31) قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، عمان، دار الشروق، 2006.
32) مات سيقر، **المرجع العالمي لإدارة الجودة**، الجيزة، دار الفاروق، 2006.

33) ماكس لاندزبيرغ، **أدوات القيادة**، الرياض، مكتبة العبيكان، 2003.

34) ماهر محمد صالح حسن، **القيادة: أساسيات ونظريات ومفاهيم**، عمان، دار الكندي، 2004.

35) محمد أكرم العدلوني وآخرون، **القيادة في القرن الحادي والعشرين**، الرياض، قرطبة للإنتاج الفني، 2000.

36) محمد الصيرفي، **القيادة الإدارية والإبداعية**، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، 2007.

37) محمد حسنين العجمي، **الإتجاهات الحديثة في القيادة الإدارية والتنمية البشرية**، عمان، دار المسيرة، 2008.

38) محمد ديماس، **فنون القيادة المتميزة**، بيروت، دار ابن حزم، 2000.

39) محمد زاهر دعبول وآخرون، **مبادئ تسويق الخدمات**، دمشق، دار الرضا، 2003.

40) محمد عبد الوهاب العزاوي، **إدارة الجودة الشاملة**، عمان، دار اليازوري، 2005.

41) محمود سلمان العميان، **السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال**، عمان، دار وائل، 2008.

42) مضر زهران، **إدارة المستشفيات والرعاية الصحية**، عمان، دار زاهر للنشر والتوزيع، **2007**.

43) معن محمود عياصرة ومروان محمد بني أحمد، **القيادة والرقابة والاتصال الإداري**، عمان، دار الحامد، 2008.

44) مهدي صالح السامرائي، **إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي**، عمان، دار جرير، 2007.

45) نواف كنعان، **القيادة الإدارية**، عمان، مكتبة دار الثقافة، 1995.

46) هايل عبد المولى طشطوش، **أساسيات في القيادة والإدارة: النموذج الإسلامي في القيادة و الإدارة**، إربد، دار الكندي، 2009.

47) وصفي الهزايمة، **القيادة و إدارة الأزمات التربوية**، إربد، عالم الكتاب الحديث، 2004.

48) يورك برس، علم نفسك بالطريقة المثلى **مهارات الإدارة** في 24 ساعة، بيروت، مكتبة لبنان، 2003، ص 294.

ب- المجلات والدوريات:

1) أحمد عبد الحليم وآخرون، **مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية : دراسة تقييمية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها،** (مؤتة للبحوث والدراسات، المجلد 16، العدد 6)، 2001.
2) حنان بنت عبد الرحيم الأحمدي، **محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية : دراسة نوعية،** (دورية الإدارة العامة، المجلد46، العدد 3)، 2006.
3) سهام علي أحمد القبندي، **تقويم الخدمة الإجتماعية الطبية بالمستشفيات العامة والتخصصية والتخطيط لتطويرها بدولة الكويت،** (مجلة العلوم الإجتماعية، المجلد 32، العدد 3)، 2004.
4) محمد طعامنة، **إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي(حالة وزارة الصحة)،** (أبحاث اليرموك: سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 0165-1023)، 2001.

ج- المقالات وأوراق العمل:

1) سعد بن مرزوق العتيبى، **دور القيادة التحويلية في إدارة التغيير،** ورقة عمل مقدمة إلى الملتقى الإداري الثالث، إدارة التغيير ومتطلبات التطوير في العمل الإداري، الرياض، 2005.

2) سنان غالب المرهضي، **العلاقة بين الرضا الوظيفي و جودة الخدمة الطبية،** ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الثاني للجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، 2006.
3) عبد الجواد سعيد محمد ربيع، **تكنولوجيا المعلومات وأثرها في جودة الخدمة بالمؤسسات الصحفية،** ورقة عمل إلى المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، 2006، ص 5.
4) قاسم نايف علوان المحياوي و فتحية أبو بكر إدريس، **استخدام نموذج الفجوات لقياس جودة الخدمات الصحية،** ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الثاني للجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، 2006.

5) محمد حاجي، **تفعيل الأداء المتميز للمؤسسة الاقتصادية من خلال عملية القيادة في ظل التحديات والرهانات التي تفرضها العولمة،** (ورقة عمل مقدمة للملتقى الدولي الأول، التسيير الفعال في المؤسسة الاقتصادية، المسيلة)، الجزائر، 2005.

6) محمود عباس بشير العلاق، **قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر فعال على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية،** بحث مقدم إلى جامعة الزيتونة الأردنية، **2000.**

7) محمود عبد العزيز الجمل، **العلاقة بين خصائص القيادة الفعالة وبين الواقع والطموحات التنظيمية،** (ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الرابع الريادة والإبداع: إستراتيجيات الأعمال في مواجهة تحديات العولمة، جامعة فيلادلفيا)، **2005.**

8) وفاء ناصر المبيريك، **جودة الخدمة المصرفية النسائية في المملكة العربية السعودية،** (ورقة عمل مقدمة إلى "الملتقي الأول التسويق في الوطن العربي الواقع وآفاق التطوير")، الشارقة، 2002.

9) وفيق حلمي الأغا، **الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني،** ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي الثاني للجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، 2006.

د - الرسائل الجامعية:

1) الصالح جيلح، **أثر القيادة الإدارية على أداء العاملين،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية)، 2006.

2) أم الخير ميلودي، **تحليل النشاط التسويقي للخدمات الإشهارية في المؤسسة العمومية للإذاعة المسموعة،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير)، 2002.

3) جيلالي قالون، **تسيير جودة الخدمات،** (رسالة ماجستير غير منشورة، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر)، 2003.

4) دليلة تيتام، **تسويق خدمة الطرود البريدية في قطاع البريد والمواصلات،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير)، 2002.

5) [1] سامية موزاوي، **مكانة تسيير الموارد البشرية ضمن معايير الآيزو وإدارة الجودة الشاملة،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير)، 2002.

6) طلال عبد الملك الشريف، **الأنماط القيادية و علاقتها بالأداء الوظيفي من وجهة نظر العاملين بإمارة مكة المكرمة،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا)، 2004.

7) عبد القادر براينيس، **التسويق في مؤسسات الخدمات العمومية،** (رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير)، 2007.

8) عز الدين علي محمد سويسي، إدارة **الجودة الشاملة وأثرها على مستوى أداء الخدمة الصحية :دراسة حالة مركز طرابلس الطبي في الجماهيرية الليبية،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أهل البيت، كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية)، 2005.

9) فهد بن زايد الدعجاني، **مدى إمكانية تطبيق الجودة الشاملة في إدارة الوافدين بجوازات منطقة الرياض،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا)، 2005.

10) محمد بن شايب، **تحقيق إدارة الجودة الشاملة في ظل تحديات السوق،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير)، 2004.

11) ليلى بن عيسى، **أهمية التسيير العمومي الجديد في قطاع التعليم العالي،** (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير)، 2006.

12) هواري معراج، **تأثير سياسات التسويقية على تطوير الخدمات المصرفية في المصارف التجارية الجزائرية،** (رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير)، 2005.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية.

A- Books:

1- Curtis W. Cook & Others, **Management & Organizational Behavior**, New York, Congress Cataloging-in-Publication on Data, 1997.

2- John Ovretveit, **Total quality management in European healthcare**, (International Journal of Health Care Quality Assurance, vol 13, pp 74-79), 2000.

3- Philip Kotler & Others, **Marketing for Hospitality and Tourism**, New Jersey, Pearson Edition international, 2003.

4- Sk. Mandal, **Total Quality Management**, New Delhi, Vikas publishing house, 2005.

5- Stephen P. Robbins, **Organizational Behavior**, New Jersey, Prentice-hall International, 1996.

B- Articles:

1- Anders Skogstad & Stasle Einarsen, **The importance of a change-centered leadership style in four organizational cultures,** (Scandinavian Journal of Management, vol 15, pp 289- 306), 1999.

2- Anoop Patiar & Lokman Mia, **Transformational leadership style, market competition and departmental performance: Evidence from luxury hotels in Australia**, (International Journal of hospitality Management, 28), 2009.

3- Benjamin Osayawe Ehigie and Regina Clement Akpan, **Roles of perceived leadership styles and rewards in the practice of total quality management**, (The Leadership & Organization Development Journal, vol 25, No 1, pp 24-40), 2004.

4- David Reeleder & Others, **Leadership & priority setting: The perspective of hospitals CEOs**, (Health policy, vol 79, pp 24-34), 2006.

5- Grace Au & others**, Facilitating implementation of Total Quality Management**, (Elsevier Science, 36), 1999, p288.

6- Greta G. Cummings & Others**, Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review**, (International Journal of Nursing Studies, Vol 47, 363-385), 2010.

7- Ilona buciuniene & others, **Impact of leadership on employees' organizational commitment in lithuannian**, www.ebscohost.com.

8- Irwin B. Horwitz & Others, **Transformational, Transactional, and Passive-Avoidant leadership characteristics of a surgical resident cohort: analysis using the multifactor leadership questionnaire and implications for improving surgical education curriculums**, (Journal of surgical research, vol 148, No 1),

9- John Ovretveit, **Total quality management in European healthcare**, (International Journal of Health Care Quality Assurance, vol 13, pp 74-79), 2000.

10- Jonas Hansson & Others, **A core value model for implementing total quality management in small organizations**, Sweden, (The TQM Magazine, volume 15, number 2, pp71-81), 2003, p 73.

11- Kathleen L. McFadden & Others, **The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes**, (ELSEVIER, Journal of operations management, 27, 390-404), 2009.

12- Lillian Y. Fok & Others, **Exploring the relationship between total quality management and information systems development**, (Information & Management, vol 38, pp 355-371), 2001 .

13- Mohan Thite, **Leadership styles in information technology projects**, (International Journal of Project Management, 18), 2000.

14- Paul E. Madlock' **The Link Between Leadership Style, communicator Competence, and Employee Satisfaction,** 2008, www.ebsco.com**.**

15- René van Eeden & others**, Leadership styles and associated personality traits: Support for the conceptualisation of transactional and transformational leadership, (**South African Journal of Psychology, 38, 2), 2004.

16- Wei Liu and others, **Matching leadership styles with employment modes: strategic human resource management perspective, (**Human Resource Management Review, vol 13, pp: 127–152), 2003.

17- Yair Berson & others, **The relationship between vision strength, leadership style, and context**, (The Leadership Quarterly, 12), 2001.

18- Z. Irani & Others**, Total quality management and corporate culture: constructs of organizational excellence,** (Technovation, vol 23, pp 1-8), 2003.

مواقع الانترنت:

7 www.leadershipdecombat.com

جامعة دمشق

كلية الاقتصاد

قسم إدارة الأعمال

استمارة استقصاء عن :

الأنمـــاط القيادية و أثرها في جودة الخــــدمة الصحية

"دراسة تطبيقية على قطاع المستشفيات "

رسالة لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال

إعــداد

أسيا بلقاضي

إشراف الأستاذ الدكتور:

جمال اليوسف

رئيس قسم إدارة الأعمال في كلية الاقتصاد- جامعة دمشق

2010 -2009

بسم الله الرحمن الرحيم

أختي الكريمة ، أخي الكريم:

تحية طيبة وبعد:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة حول **(الأنماط القيادية وأثرها في جودة الخدمة الصحية : دراسة تطبيقية على قطاع المستشفيات)**

وذلك لتقديمها إلى كلية الاقتصاد – جامعة دمشق ، لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال .

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أنماط القيادة الإدارية المطبقة في المستشفيات وأثرها في جودة الخدمة الصحية .

يرجى من سيادتكم التعاون في الإجابة على الأسئلة الموجودة في الاستمارة علما بأن لتعاونكم أهمية كبيرة في التوصل إلى النتائج العلمية المطلوبة ، مع التأكيد بأن ما ستدلون به من معلومات سيستخدم لأغراض البحث العلمي فقط .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير على حسن تعاونكم

الباحثة

المحور الأول: بيانات عامة.

فيما يلي مجموعة من الأسئلة للتعرف على البيانات الخاصة بكم، يرجى وضع علامة (×) أمام الفئة التي تعبر عنكم، علما أنها لم تستخدم إلا لأغراض البحث:

أسم المستشفى : ....

- **نوع القطاع** :

( ) حكومي ( ) خاص

- **الجنس** :

( ) ذكر ( ) أنثى

- **العمر**:

( ) من 20- أقل من 30سنة ( ) من 30 - أقل من 40 سنة

( ) من 40 – أقل من 50 سنة ( ) من 50 – أقل من 60 سنة

( ) أكثر من 60 سنة

- **التخصص الوظيفي** :

( ) طبيب ( ) إداري ( ) فني

- **المؤهل الدراسي** :

( ) دكتوراه ( ) ماجستير

( ) مؤهل جامعي ( ) مدرسة التمريض والقبالة

( ) معهد

- **سنوات الخبرة** :

( ) أقل من سنة ( ) من سنة–أقل من خمس سنوات

( ) من 5 – أقل من 10 سنوات ( ) من 10- أقل من 15 سنة

( ) من 15- أقل من 20 سنة ( ) أكثر من 20 سنة

المحور الثاني: حول الأنماط القيادية.

الجزء الأول : التأثير المثالي

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
1	أثق في صحة أفكار رئيسي بالعمل					
2	يتحدث رئيسي عن الرؤية المستقبلية للمستشفى					
3	يذكرنا رئيسي بأهداف المستشفى					
4	يحظى رئيسي بالاحترام من طرف الجميع					
5	أرى في رئيسي قدوة حسنة					
6	اشعر بالفخر من خلال تعاملي مع رئيسي					
7	يجعلني رئيسي اشعر بقدرتي على الإسهام في نجاح رسالة المستشفى					

الجزء الثاني : الحفز الإلهامي

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
8	يتحدث رئيسي بتفاؤل حول المستقبل					
9	يحدد رئيسي مهامي بكلمات بسيطة					
10	يثير فيَّ رئيسي حب التحدي					
11	يحدد لي رئيسي ما ينتظره مني					
12	يشعرني رئيسي أني أشارك في تحقيق الأهداف					
13	يشعرني رئيسي أني المسؤول عن تنفيذ أعمالي					
14	يوضح لنا رئيسي الفوائد التي يمكن أن تعود علينا إذا تعاونا في العمل					

الجزء الثالث : الاستثارة الفكرية

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
15	يتقبل رئيسي الأفكار الجديدة					
16	يشجعني رئيسي على حل المشاكل المتعلقة بعملي لوحدي					
17	يجعلني رئيسي أفكر في المشكلات القديمة بطرق جديدة					
18	يشجعني رئيسي على خلق طرق جديدة للعمل حتى لو كان هناك احتمال لفشلها					
19	يبحث رئيسي عن احتمالات مختلفة عند مواجهة المشاكل					

20	يمنحني رئيسي الفرصة للتميز من خلال تشجيعي لأداء مهام غير روتينية					

الجزء الرابع : الاعتبار الفردي

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
21	يقوم رئيسي بتوزيع المهام حسب قدرات كل فرد					
22	يحرص رئيسي على مساعدتي لتطوير نفسي					
23	يقضي رئيسي وقتا كافيا في تدريبنا					
24	يساعدني رئيسي على خلق التوافق بين المهام الموكلة إليَّ وبين طموحاتي					
25	يظهر رئيسي اهتماما لي عندما لا أكون مندمجا في العمل					
26	أتحدث مع رئيسي في أمور خارج نطاق العمل					

الجزء الخامس : المكافأة المشروطة

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
27	يصمم رئيسي أهدافا للمجموعة					
28	يركز رئيسي على كيفية أداء العمل					
29	يقوم رئيسي بتصميم إجراءات العمل					
30	يربط رئيسي بين انجاز المهام والمكافأة المقابلة					
31	يحرص رئيسي على القيام بالمهام بالطريقة الصحيحة					
32	يقوم رئيسي بإعلامي بما يجب علي فعله إذا رغبت بالمكافأة					
33	أرى أن العائد من عملي مكافئ للجهد الذي ابذله					
34	اشعر أن رئيسي يحس بالرضا حين أحقق الأداء المتفق عليه					

الجزء السادس : الإدارة بالاستثناء

الجزء	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
35	يقوم رئيسي بتوزيع المهام على كل فرد					
36	يقوم رئيسي بتحديد المعايير المتعلقة بالمهام الموكلة إلي					
37	يمنحني رئيسي الصلاحيات اللازمة لأداء عملي					
38	يرشدني رئيسي لكيفية أداء عملي					
39	يقوم رئيسي بمتابعة عملي					
40	لا يتدخل رئيسي في عملي طالما أن العمل يسير وفق ما هو					

	مخطط					
41	يبحث رئيسي عن انحرافات التنفيذ					
42	يتخذ رئيسي الإجراءات التصحيحية					

المحور الثالث: حول جودة الخدمة الصحية.

الجزء الأول : الاعتمادية

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	لا اعلم	نادرا	أبدا
43	نقوم بتقديم الخدمات الصحية بشكل جيد من أول مرة					
44	نقوم بتقديم الخدمات الصحية في الوقت المحدد لها					
45	لا تحصل أخطاء في فاتورة المستشفى المقدمة للمريض					
46	لا تحصل أخطاء في ملفات المرضى الطبية					
47	نقوم بتقديم الخدمة الصحية بالشكل الذي وعدنا به					
48	نقوم بالاهتمام بحل مشاكل المرضى					

الجزء الثاني : الاستجابة

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	لا اعلم	نادرا	أبدا
49	نرغب دائما بتقديم المساعدة للمرضى					
50	نسعى أن نكون مستعدين من اجل مساعدة المرضى					
51	نحن مستعدون لتقديم الخدمات الصحية					
52	نقوم بتقديم الخدمات الصحية بسرعة					
53	الأطباء مستعدون لأي حالة طارئة					
54	نسعى إلى تقديم المساعدة للمرضى حتى إذا كنا مشغولين					
55	نقوم بتقديم الخدمات الصحية طوال ساعات الدوام الرسمية					

الجزء الثالث : الأمان

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	لا اعلم	نادرا	أبدا
56	نسعى إلى تحسيس المرضى بالأمان من خلال تعاملاتنا					
57	نعمل على غرس الثقة في نفس المرضى					
58	نمتلك المعرفة اللازمة للإجابة عن استفسارات المرضى					
59	نسعى إلى أن يكون اهتمامنا بالمرضى مستمرا					
60	تتمتع المستشفى بسمعة جيدة					

الجزء الرابع : اللباقة

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	لا اعلم	نادرا	أبدا
61	نولي كل مريض اهتماما شخصيا					
62	نحترم الوضع الذي يمر به المريض					
63	نقوم بالإصغاء الكامل لشكوى المرضى					
64	نسعى إلى تفهم الاحتياجات الخاصة لكل مريض					
65	نحاول تحسيس المريض بأنه على حق					
66	معاملتنا مع المرضى تتسم بالود					

الجزء الخامس : الملموسية

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	لا اعلم	نادرا	أبدا
67	نسعى إلى الظهور بمظهر لائق					
68	أماكن الاستقبال والانتظار بالمستشفى نظيفة					
69	تمتلك المستشفى أثاثا جيدا لاستقبال الزوار					
70	تمتلك المستشفى تجهيزات طبية حديثة					
71	تتوفر المستشفى على الأدوية اللازمة					
72	تمتلك المستشفى تجهيزات فندقية جيدة لإقامة المرضى					

الملحق رقم 2: التكرارات والنسب لأفراد العينة وفق متغير اسم المستشفى.

المستشفى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	الأندلس	39	11.9	11.9	11.9
	التوليد	76	23.2	23.2	35.2
	الجلدية	22	6.7	6.7	41.9
	الرازي	19	5.8	5.8	47.7
	الفرنسي	13	4.0	4.0	51.7
	امية	1	.3	.3	52.0
	دمشق	157	48.0	48.0	100.0
	Total	327	100.0	100.0	

الملحق رقم 3: التكرارات والنسب لأفراد العينة وفق متغير نوع القطاع.

القطاع

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	عام	255	78.0	78.0	78.0
	خاص	72	22.0	22.0	100.0
	Total	327	100.0	100.0	

الملحق رقم 4: التكرارات والنسب لأفراد العينة وفق متغير الجنس.

الجنس

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	140	42.8	42.8	42.8
	انثى	187	57.2	57.2	100.0
	Total	327	100.0	100.0	

الملحق رقم 5: التكرارات والنسب لأفراد العينة وفق متغير العمر.

العمر

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 20 اقل من 30	171	52.3	52.3	52.3
	من 30 اقل من 40	113	34.6	34.6	86.9
	من 40 اقل من 50	33	10.1	10.1	96.9
	من 50 اقل من 60	8	2.4	2.4	99.4
	اكثر من 60	2	.6	.6	100.0
	Total	327	100.0	100.0	

الملحق رقم 6: التكرارات والنسب لأفراد العينة وفق متغير التخصص الوظيفي.

التخصص

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	طبيب	141	43.1	43.1	43.1
	اداري	56	17.1	17.1	60.2
	فني	130	39.8	39.8	100.0
	Total	327	100.0	100.0	

الملحق رقم 7: التكرارات والنسب لأفراد العينة وفق متغير المؤهل الدراسي.

المؤهل

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	دكتوراه	8	2.4	2.4	2.4
	ماجستير	132	40.4	40.4	42.8
	مؤهل جامعي	24	7.3	7.3	50.2
	مدرسة التمريض	68	20.8	20.8	70.9
	معهد	95	29.1	29.1	100.0
	Total	327	100.0	100.0	

الملحق رقم 8: التكرارات والنسب لأفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة.

الخبرة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	اقل من سنة	33	10.1	10.1	10.1
	من سنة اقل من 5 سنوات	129	39.4	39.4	49.5
	من 5 سنوات اقل من 10 سنوات	63	19.3	19.3	68.8
	من 10 سنوات اقل من 15 سنة	33	10.1	10.1	78.9
	من 15 سنة اقل من 20 سنة	34	10.4	10.4	89.3
	اكثر من 20 سنة	35	10.7	10.7	100.0
	Total	327	100.0	100.0	

الملحق رقم 9: الإحصاءات الوصفية للنمطين التحويلي والتبادلي ومتغيراتهما الفرعية.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
التاثير المثالي	327	1.00	5.00	3.6308	.85493
الحفز الالهامي	327	1.00	5.00	3.5321	.79418
الاستثارة الفكرية	327	1.00	5.00	3.1916	.86768
الاعتبار الفردي	327	1.00	4.67	2.9959	.86935
نمط قيادي تحويلي	327	1.00	4.88	3.3376	.76643
المكافاة المشروطة	327	1.0	5.0	3.272	.7984
الادارة بالاستثناء	327	1.00	5.00	3.5619	.74118
نمط قيادي تبادلي	327	1.00	5.00	3.4169	.73706
Valid N (listwise)	327				

الملحق رقم 10: اختبار One simple T test للنمطين التحويلي والتبادلي ومتغيراتهما الفرعية.

One-Sample Test

	Test Value = 3					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
التأثير المثالي	13.343	326	.000	.63084	.5378	.7239
الحفز الالهامي	12.116	326	.000	.53211	.4457	.6185
الاستثارة الفكرية	3.994	326	.000	.19164	.0972	.2860
الاعتبار الفردي	-.085-	326	.932	-.00408-	-.0987-	.0905
نمط قيادي تحويلي	7.966	326	.000	.33763	.2542	.4210
المكافأة المشروطة	6.156	326	.000	.2718	.185	.359
الادارة بالاستثناء	13.710	326	.000	.56193	.4813	.6426
نمط قيادي تبادلي	10.227	326	.000	.41686	.3367	.4970

الملحق رقم 11: اختبار Wilcoxon بالنسبة للاختلافات بين النمط التحويلي والتبادلي.

Test Statistics[b]

	نمط قيادي تبادلي - نمط قيادي تحويلي
Z	-3.364-[a]
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

الملحق رقم 12: الإحصاءات الوصفية لجودة الخدمة الصحية ومتغيراتها الفرعية.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
جودة الخدمة الصحية	327	1.93	5.00	3.8243	.59134
الاعتمادية	327	1.33	5.00	3.7197	.68687
الاستجابة	327	1.86	5.00	4.1201	.62499
الامان	327	1.80	5.00	3.9780	.65664
اللباقة	327	1.00	5.00	3.8507	.66836
الملموسية	327	1.00	5.00	3.4531	.90519
Valid N (listwise)	327				

الملحق رقم 13: اختبار One simple T test لجودة الخدمة الصحية ومتغيراتها الفرعية.

One-Sample Test

	Test Value = 3					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
الاعتمادية	18.947	326	.000	.71967	.6449	.7944
الاستجابة	32.409	326	.000	1.12014	1.0521	1.1881
الامان	26.933	326	.000	.97798	.9065	1.0494
اللباقة	23.016	326	.000	.85066	.7780	.9234
الملموسية	9.052	326	.000	.45311	.3546	.5516
جودة الخدمة الصحية	25.207	326	.000	.82431	.7600	.8886

الملحق رقم 14: اختبار Kolmogorov-Smirnov للتوزيع الطبيعي.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		نمط قيادي تحويلي	نمط قيادي تبادلي	جودة الخدمة الصحية	الاعتمادية	الاستجابة	الامان	اللباقة	الملموسية
N		327	327	327	327	327	327	327	327
Normal Parameters[a,b]	Mean	3.3376	3.4169	3.8243	3.7197	4.1201	3.9780	3.8507	3.4531
	Std. Deviation	.76643	.73706	.59134	.68687	.62499	.65664	.66836	.90519
Most Extreme Differences	Absolute	.071	.077	.035	.084	.127	.081	.133	.098
	Positive	.027	.025	.024	.054	.127	.080	.133	.047
	Negative	-.071-	-.077-	-.035-	-.084-	-.086-	-.081-	-.101-	-.098-
Kolmogorov-Smirnov Z		1.285	1.393	.632	1.518	2.291	1.469	2.411	1.769
Asymp. Sig. (2-tailed)		.074	.041	.819	.020	.000	.027	.000	.004

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

الملحق رقم 15: اختبار Independent Sample T-test للنمط التحويلي حسب متغير القطاع.

Group Statistics

	القطاع	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
نمط قيادي تحويلي	عام	255	3.2420	.76843	.04812
	خاص	72	3.6764	.65986	.07776

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
نمط قيادي تحويلي	Equal variances assumed	6.523	.011	- 4.363 -	325	.000	-.43445-	.09957	- .63033-	- .23858-
	Equal variances not assumed			- 4.751 -	130.439	.000	-.43445-	.09145	- .61537-	- .25354-

الملحق رقم 16: اختبار Independent Sample T-test للنمط التحويلي حسب متغير الجنس.

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
نمط قيادي تحويلي	ذكر	140	3.3051	.75610	.06390
	انثى	187	3.3620	.77519	.05669

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
نمط قيادي تحويلي	Equal variances assumed	.002	.963	-.664-	325	.507	-.05695-	.08573	-.22561-	.11170
	Equal variances not assumed			-.667-	303.426	.505	-.05695-	.08542	-.22505-	.11114

الملحق رقم 17: اختبار One way ANOVA للنمط التحويلي حسب متغير العمر.

Descriptives

نمط قيادي تحويلي

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
من 20 اقل من 30	171	3.3337	.77431	.05921	3.2168	3.4506	1.33	4.88
من 30 اقل من 40	113	3.2944	.75790	.07130	3.1531	3.4357	1.00	4.58
من 40 اقل من 50	33	3.4165	.76123	.13251	3.1466	3.6864	1.74	4.76
من 50 اقل من 60	8	3.4821	.74879	.26474	2.8561	4.1081	2.00	4.48
اكثر من 60	2	4.2381	.74920	.52976	-2.4932-	10.9694	3.71	4.77
Total	327	3.3376	.76643	.04238	3.2542	3.4210	1.00	4.88

Test of Homogeneity of Variances

نمط قيادي تحويلي

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.326	4	322	.860

ANOVA

نمط قيادي تحويلي

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2.208	4	.552	.939	.442
Within Groups	189.289	322	.588		
Total	191.496	326			

الملحق رقم 18: اختبار One way ANOVA للنمط التحويلي حسب متغير التخصص الوظيفي.

Descriptives

نمط قيادي تحويلي

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
طبيب	141	3.1812	.73633	.06201	3.0586	3.3038	1.33	4.77
اداري	56	3.6179	.73676	.09845	3.4206	3.8152	2.00	4.88
فني	130	3.3866	.77547	.06801	3.2520	3.5212	1.00	4.83
Total	327	3.3376	.76643	.04238	3.2542	3.4210	1.00	4.88

Test of Homogeneity of Variances

نمط قيادي تحويلي

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.098	2	324	.907

ANOVA

نمط قيادي تحويلي

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8.161	2	4.080	7.211	.001
Within Groups	183.336	324	.566		
Total	191.496	326			

الملحق رقم 19: اختبار Tukey للاختلافات للنمط التحويلي حسب متغير التخصص الوظيفي.

Multiple Comparisons

نمط قيادي تحويلي

Tukey HSD

(I) التخصص	(J) التخصص	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
طبيب	اداري	-.43669-*	.11882	.001	-.7164-	-.1569-
	فني	-.20540-	.09146	.065	-.4208-	.0100
اداري	طبيب	.43669*	.11882	.001	.1569	.7164
	فني	.23129	.12024	.134	-.0518-	.5144
فني	طبيب	.20540	.09146	.065	-.0100-	.4208
	اداري	-.23129-	.12024	.134	-.5144-	.0518

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

الملحق رقم 20: اختبار One way ANOVA للنمط التحويلي حسب متغير المؤهل الدراسي.

Descriptives

نمط قيادي تحويلي

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
دكتوراه	8	3.4524	.81316	.28750	2.7726	4.1322	2.17	4.77
ماجستير	132	3.1667	.73272	.06377	3.0405	3.2929	1.33	4.56
مؤهل جامعي	24	3.2974	.85281	.17408	2.9373	3.6575	1.64	4.67
مدرسة التمريض	68	3.5781	.71005	.08611	3.4062	3.7499	1.74	4.80
معهد	95	3.4035	.78338	.08037	3.2439	3.5631	1.00	4.88
Total	327	3.3376	.76643	.04238	3.2542	3.4210	1.00	4.88

Test of Homogeneity of Variances

نمط قيادي تحويلي

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.369	4	322	.831

ANOVA

نمط قيادي تحويلي

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8.344	4	2.086	3.667	.006
Within Groups	183.152	322	.569		
Total	191.496	326			

الملحق رقم 21: اختبار Tukey للاختلافات للنمط التحويلي حسب متغير المؤهل الدراسي.

Multiple Comparisons

نمط قيادي تحويلي
Tukey HSD

(I) المؤهل	(J) المؤهل	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
دكتوراه	ماجستير	.28567	.27461	.836	-.4677-	1.0390
	مؤهل جامعي	.15501	.30789	.987	-.6896-	.9997
	مدرسة التمريض	-.12570-	.28189	.992	-.8990-	.6476
	معهد	.04887	.27764	1.000	-.7128-	.8105
ماجستير	دكتوراه	-.28567-	.27461	.836	-1.0390-	.4677
	مؤهل جامعي	-.13066-	.16736	.936	-.5898-	.3285
	مدرسة التمريض	-.41137-*	.11258	.003	-.7202-	-.1025-
	معهد	-.23680-	.10147	.137	-.5152-	.0416
مؤهل جامعي	دكتوراه	-.15501-	.30789	.987	-.9997-	.6896
	ماجستير	.13066	.16736	.936	-.3285-	.5898
	مدرسة التمريض	-.28071-	.17907	.519	-.7719-	.2105
	معهد	-.10614-	.17230	.972	-.5788-	.3665
مدرسة التمريض	دكتوراه	.12570	.28189	.992	-.6476-	.8990
	ماجستير	.41137*	.11258	.003	.1025	.7202
	مؤهل جامعي	.28071	.17907	.519	-.2105-	.7719
	معهد	.17457	.11980	.591	-.1541-	.5032
معهد	دكتوراه	-.04887-	.27764	1.000	-.8105-	.7128
	ماجستير	.23680	.10147	.137	-.0416-	.5152
	مؤهل جامعي	.10614	.17230	.972	-.3665-	.5788
	مدرسة التمريض	-.17457-	.11980	.591	-.5032-	.1541

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

الملحق رقم 22: اختبار One way ANOVA للنمط التحويلي حسب متغير سنوات الخبرة.

Descriptives

نمط قيادي تحويلي

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
اقل من سنة	33	3.3557	.80629	.14036	3.0698	3.6416	1.61	4.83
من سنة اقل من 5 سنوات	129	3.2925	.74015	.06517	3.1636	3.4215	1.33	4.88
من 5 سنوات اقل من 10 سنوات	63	3.4532	.73521	.09263	3.2681	3.6384	1.64	4.67
من 10 سنوات اقل من 15 سنة	33	3.0263	.86644	.15083	2.7191	3.3336	1.00	4.50
من 15 سنة اقل من 20 سنة	34	3.4135	.74231	.12731	3.1545	3.6725	1.77	4.64
اكثر من 20 سنة	35	3.4985	.75613	.12781	3.2387	3.7582	1.74	4.77
Total	327	3.3376	.76643	.04238	3.2542	3.4210	1.00	4.88

Test of Homogeneity of Variances

نمط قيادي تحويلي

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.744	5	321	.591

ANOVA

نمط قيادي تحويلي

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5.414	5	1.083	1.868	.100
Within Groups	186.082	321	.580		
Total	191.496	326			

الملحق رقم 23: اختبار Mann-Whitney للنمط التبادلي حسب متغير القطاع.

Descriptives

	القطاع			Statistic	Std. Error
نمط قيادي تبادلي	عام	Mean		3.3400	.04658
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.2482	
			Upper Bound	3.4317	
		5% Trimmed Mean		3.3516	
		Median		3.3750	
		Variance		.553	
		Std. Deviation		.74381	
		Minimum		1.00	
		Maximum		5.00	
		Range		4.00	
		Interquartile Range		1.06	
		Skewness		-.242-	.153
		Kurtosis		-.190-	.304
	خاص	Mean		3.6892	.07626
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.5372	
			Upper Bound	3.8413	
		5% Trimmed Mean		3.7184	
		Median		3.6875	
		Variance		.419	
		Std. Deviation		.64706	
		Minimum		1.38	
		Maximum		4.94	
		Range		3.56	
		Interquartile Range		.61	
		Skewness		-.829-	.283
		Kurtosis		1.825	.559

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	6538.500
Wilcoxon W	39178.500
Z	-3.731-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: القطاع

الملحق رقم 24: اختبار Mann-Whitney للنمط التبادلي حسب متغير الجنس.

Descriptives

	الجنس			Statistic	Std. Error
نمط قيادي تبادلي	ذكر	Mean		3.3741	.06320
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.2492	
			Upper Bound	3.4991	
		5% Trimmed Mean		3.3884	
		Median		3.5313	
		Variance		.559	
		Std. Deviation		.74775	
		Minimum		1.00	
		Maximum		4.94	
		Range		3.94	
		Interquartile Range		1.05	
		Skewness		-.310-	.205
		Kurtosis		-.049-	.407
	انثى	Mean		3.4489	.05333
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.3436	
			Upper Bound	3.5541	
		5% Trimmed Mean		3.4675	
		Median		3.5000	
		Variance		.532	
		Std. Deviation		.72933	
		Minimum		1.38	
		Maximum		5.00	
		Range		3.63	
		Interquartile Range		1.06	
		Skewness		-.409-	.178
		Kurtosis		.011	.354

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	12309.500
Wilcoxon W	22179.500
Z	-.923-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.356

a. Grouping Variable: الجنس

الملحق رقم 25: اختبار Kruskal-wallis للنمط التبادلي حسب متغير العمر.

Descriptives

	العمر			Statistic	Std. Error
نمط قيادي تبادلي	من 20 اقل من 30	Mean		3.4474	.05334
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.3421	
			Upper Bound	3.5527	
		5% Trimmed Mean		3.4564	
		Median		3.5000	
		Variance		.486	
		Std. Deviation		.69747	
		Minimum		1.38	
		Maximum		5.00	
	من 30 اقل من 40	Mean		3.3523	.07267
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.2083	
			Upper Bound	3.4963	
		5% Trimmed Mean		3.3811	
		Median		3.5625	
		Variance		.597	
		Std. Deviation		.77254	
		Minimum		1.00	
		Maximum		4.88	
	من 40 اقل من 50	Mean		3.4508	.14512
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.1552	
			Upper Bound	3.7464	
		5% Trimmed Mean		3.4606	
		Median		3.5000	
		Variance		.695	
		Std. Deviation		.83367	
		Minimum		1.63	
		Maximum		5.00	
	من 50 اقل من 60	Mean		3.3750	.23799
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.8122	
			Upper Bound	3.9378	
		5% Trimmed Mean		3.4132	
		Median		3.5625	
		Variance		.453	
		Std. Deviation		.67315	
		Minimum		2.00	
		Maximum		4.06	
	اكثر من 60	Mean		4.0625	.56250
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-3.0847-	
			Upper Bound	11.2097	
		5% Trimmed Mean		.	
		Median		4.0625	
		Variance		.633	
		Std. Deviation		.79550	
		Minimum		3.50	
		Maximum		4.63	

Test Statistics[a,b]

	نمط قيادي تبادلي
Chi-Square	1.554
df	4
Asymp. Sig.	.817

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: العمر

الملحق رقم 26: اختبار Kruskal-wallis للنمط التبادلي حسب متغير التخصص الوظيفي.

Descriptives

	التخصص			Statistic	Std. Error
نمط قيادي تبادلي	طبيب	Mean		3.2855	.05744
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.1719	
			Upper Bound	3.3990	
		5% Trimmed Mean		3.2904	
		Median		3.3125	
		Variance		.465	
		Std. Deviation		.68201	
		Minimum		1.38	
		Maximum		4.88	
	اداري	Mean		3.6652	.09372
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.4774	
			Upper Bound	3.8530	
		5% Trimmed Mean		3.6828	
		Median		3.6875	
		Variance		.492	
		Std. Deviation		.70130	
		Minimum		2.00	
		Maximum		5.00	
	فني	Mean		3.4524	.06858
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.3167	
			Upper Bound	3.5881	
		5% Trimmed Mean		3.4824	
		Median		3.5625	
		Variance		.611	
		Std. Deviation		.78197	
		Minimum		1.00	
		Maximum		5.00	

Test Statistics[a,b]

	نمط قيادي تبادلي
Chi-Square	13.120
df	2
Asymp. Sig.	.001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: التخصص

الملحق رقم 27: اختبار Mann-Whitney للنمط التبادلي حسب متغير التخصص الوظيفي.

Ranks

	التخصص	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي	طبيب	141	125.79	17736.50
	فني	130	147.07	19119.50
	Total	271		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	7725.500
Wilcoxon W	17736.500
Z	-2.234-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.025

a. Grouping Variable: التخصص

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	2675.000
Wilcoxon W	12686.000
Z	-3.529-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: التخصص

Ranks

	التخصص	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	طبيب	141	89.97	12686.00
	اداري	56	121.73	6817.00
	Total	197		

Ranks

	التخصص	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	اداري	56	103.16	5777.00
	فني	130	89.34	11614.00
	Total	186		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	3099.000
Wilcoxon W	11614.000
Z	-1.607-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.108

a. Grouping Variable: التخصص

الملحق رقم 28: اختبار Kruskal-wallis للنمط التبادلي حسب متغير المؤهل الدراسي.

Descriptives

	المؤهل			Statistic	Std. Error
نمط قيادي تبادلي	دكتوراه	Mean		3.3203	.27433
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.6716	
			Upper Bound	39690	
		5% Trimmed Mean		3.3108	
		Median		3.3750	
		Variance		.602	
		Std. Deviation		.77592	
		Minimum		219	
		Maximum		4.63	
	ملجستير	Mean		3.2841	.05926
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	31669	
			Upper Bound	34013	
		5% Trimmed Mean		3.2908	
		Median		3.3125	
		Variance		.464	
		Std. Deviation		.68087	
		Minimum		1.38	
		Maximum		488	
	مؤهل جامعي	Mean		3.3672	.16499
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	30259	
			Upper Bound	37085	
		5% Trimmed Mean		3.3750	
		Median		35625	
		Variance		.653	
		Std. Deviation		.80827	
		Minimum		1.69	
		Maximum		494	
	مدرسة التمريض	Mean		35846	.08583
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.4132	
			Upper Bound	3.7559	
		5% Trimmed Mean		35984	
		Median		3.7188	
		Variance		.501	
		Std. Deviation		.70775	
		Minimum		1.63	
		Maximum		5.00	
	معهد	Mean		35020	.08095
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.3413	
			Upper Bound	3.6627	
		5% Trimmed Mean		35347	
		Median		35000	
		Variance		.622	
		Std. Deviation		.78896	
		Minimum		1.00	
		Maximum		5.00	

Test Statistics[a,b]

	نمط قيادي تبادلي
Chi-Square	11.318
df	4
Asymp. Sig.	.023

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: المؤهل

الملحق رقم 29: اختبار Mann-Whitney للنمط التبادلي حسب متغير المؤهل الدراسي.

Ranks

	المؤهل	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	دكتوراه	8	73.00	584.00
	ماجستير	132	70.35	9286.00
	Total	140		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	508.000
Wilcoxon W	9286.000
Z	-.180-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.857

a. Grouping Variable: المؤهل

Ranks

	المؤهل	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	دكتوراه	8	15.69	125.50
	مؤهل جامعي	24	16.77	402.50
	Total	32		

Test Statistics[b]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	89.500
Wilcoxon W	125.500
Z	-.283-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.777
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.782[a]

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: المؤهل

Ranks

	المؤهل	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	دكتوراه	8	29.69	237.50
	مدرسة التمريض	68	39.54	2688.50
	Total	76		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	201.500
Wilcoxon W	237.500
Z	-1.194-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.232

a. Grouping Variable: المؤهل

Ranks

	المؤهل	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	دكتوراه	8	44.56	356.50
	معهد	95	52.63	4999.50
	Total	103		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	320.500
Wilcoxon W	356.500
Z	-.734-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.463

a. Grouping Variable: المؤهل

Ranks

	المؤهل	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	ماجستير	132	77.24	10195.50
	مؤهل جامعي	24	85.44	2050.50
	Total	156		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	1417.500
Wilcoxon W	10195.500
Z	-.818-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.413

a. Grouping Variable: المؤهل

Ranks

المؤهل		N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	ماجستير	132	91.67	12100.00
	مدرسة التمريض	68	117.65	8000.00
	Total	200		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	3322.000
Wilcoxon W	12100.000
Z	-3.009-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003

a. Grouping Variable: المؤهل

Ranks

المؤهل		N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	ماجستير	132	104.98	13857.50
	معهد	95	126.53	12020.50
	Total	227		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	5079.500
Wilcoxon W	13857.500
Z	-2.440-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.015

a. Grouping Variable: المؤهل

Ranks

المؤهل		N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	مؤهل جامعي	24	40.46	971.00
	مدرسة التمريض	68	48.63	3307.00
	Total	92		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	671.000
Wilcoxon W	971.000
Z	-1.291-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.197

a. Grouping Variable: المؤهل

Ranks

المؤهل		N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	مؤهل جامعي	24	56.21	1349.00
	معهد	95	60.96	5791.00
	Total	119		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	1049.000
Wilcoxon W	1349.000
Z	-.603-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.546

a. Grouping Variable: المؤهل

Ranks

المؤهل		N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	مدرسة التمريض	68	84.76	5763.50
	معهد	95	80.03	7602.50
	Total	163		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	3042.500
Wilcoxon W	7602.500
Z	-.631-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.528

a. Grouping Variable: المؤهل

الملحق رقم 30: اختبار Kruskal-wallis للنمط التبادلي حسب متغير سنوات الخبرة.

Descriptives

	الخبرة			Statistic	Std. Error
نمط قيادي تبادلي	اقل من سنة	Mean		3.6534	.09184
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.4663	
			Upper Bound	3.8405	
		5% Trimmed Mean		3.6629	
		Median		3.6250	
		Variance		.278	
		Std. Deviation		.52758	
		Minimum		2.56	
		Maximum		4.50	
	من سنة اقل من 5 سنوات	Mean		3.3735	.06150
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.2519	
			Upper Bound	3.4952	
		5% Trimmed Mean		3.3761	
		Median		3.3750	
		Variance		.488	
		Std. Deviation		.69853	
		Minimum		1.38	
		Maximum		5.00	
	من 5 سنوات اقل من 10 سنوات	Mean		3.4831	.09912
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.2850	
			Upper Bound	3.6813	
		5% Trimmed Mean		3.4999	
		Median		3.6250	
		Variance		.619	
		Std. Deviation		.78675	
		Minimum		1.69	
		Maximum		4.88	
	من 10 سنوات اقل من 15 سنة	Mean		3.0890	.14495
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.7938	
			Upper Bound	3.3843	
		5% Trimmed Mean		3.1337	
		Median		3.1250	
		Variance		.693	
		Std. Deviation		.83269	
		Minimum		1.00	
		Maximum		4.25	
	من 15 سنة اقل من 20 سنة	Mean		3.4301	.12323
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.1794	
			Upper Bound	3.6809	
		5% Trimmed Mean		3.4575	
		Median		3.5313	
		Variance		.516	
		Std. Deviation		.71853	
		Minimum		1.56	
		Maximum		4.63	

Test Statistics[a,b]

	نمط قيادي تبادلي
Chi-Square	9.741
df	4
Asymp. Sig.	.045

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: الخبرة

الملحق رقم 31: اختبار Mann-Whitney للنمط التبادلي حسب متغير سنوات الخبرة.

Ranks

	الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	اقل من سنة	33	97.94	3232.00
	من سنة اقل من 5 سنوات	129	77.29	9971.00
	Total	162		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	958.000
Wilcoxon W	2974.000
Z	-.629-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.529

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

	الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	اقل من سنة	33	39.88	1316.00
	من 10 سنوات اقل من 15 سنة	33	27.12	895.00
	Total	66		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	334.000
Wilcoxon W	895.000
Z	-2.701-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.007

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

	الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	اقل من سنة	33	36.65	1209.50
	من 15 سنة اقل من 20 سنة	34	31.43	1068.50
	Total	67		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	473.500
Wilcoxon W	1068.500
Z	-1.098-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.272

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

	الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	اقل من سنة	33	36.00	1188.00
	اكثر من 20 سنة	35	33.09	1158.00
	Total	68		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	528.000
Wilcoxon W	1158.000
Z	-.608-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.543

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

	الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	من سنة اقل من 5 سنوات	129	92.75	11964.50
	من 5 سنوات اقل من 10 سنوات	63	104.18	6563.50
	Total	192		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	3579.500
Wilcoxon W	11964.500
Z	-1.339-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.180

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

	الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	من سنة اقل من 5 سنوات	129	84.35	10881.00
	من 10 سنوات اقل من 15 سنة	33	70.36	2322.00
	Total	162		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	1761.000
Wilcoxon W	2322.000
Z	-1.529-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.126

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

	الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	من سنة اقل من 5 سنوات	129	80.56	10392.50
	من 15 سنة اقل من 20 سنة	34	87.46	2973.50
	Total	163		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	2007.500
Wilcoxon W	10392.500
Z	-.758-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.448

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

	الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	من سنة اقل من 5 سنوات	129	80.03	10323.50
	اكثر من 20 سنة	35	91.61	3206.50
	Total	164		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	1938.500
Wilcoxon W	10323.500
Z	-1.281-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.200

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

	الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	من 5سنوات اقل من 10سنوات	63	52.71	3321.00
	من 10 سنوات اقل من 15 سنة	33	40.45	1335.00
	Total	96		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	774.000
Wilcoxon W	1335.000
Z	-2.050-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.040

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

	الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	من 5سنوات اقل من 10سنوات	63	49.99	3149.50
	من 15 سنة اقل من 20 سنة	34	47.16	1603.50
	Total	97		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلي
Mann-Whitney U	1008.500
Wilcoxon W	1603.500
Z	-.473-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.636

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

الخبرة		N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	من 5سنوات اقل من 10سنوات	63	49.45	3115.50
	اكثر من 20 سنة	35	49.59	1735.50
	Total	98		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلى
Mann-Whitney U	1099.500
Wilcoxon W	3115.500
Z	-.022-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.982

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

الخبرة		N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	من 10 سنوات اقل من 15 سنة	33	30.02	990.50
	من 15 سنة اقل من 20 سنة	34	37.87	1287.50
	Total	67		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلى
Mann-Whitney U	429.500
Wilcoxon W	990.500
Z	-1.650-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.099

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

الخبرة		N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	من 10 سنوات اقل من 15 سنة	33	29.74	981.50
	اكثر من 20 سنة	35	38.99	1364.50
	Total	68		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلى
Mann-Whitney U	420.500
Wilcoxon W	981.500
Z	-1.928-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.054

a. Grouping Variable: الخبرة

Ranks

الخبرة		N	Mean Rank	Sum of Ranks
نمط قيادي تبادلي	من 15 سنة اقل من 20 سنة	34	34.09	1159.00
	اكثر من 20 سنة	35	35.89	1256.00
	Total	69		

Test Statistics[a]

	نمط قيادي تبادلى
Mann-Whitney U	564.000
Wilcoxon W	1159.000
Z	-.372-
Asymp. Sig. (2-tailed)	.710

a. Grouping Variable: الخبرة

الملحق رقم 32: اختبار Independent Sample T-test لجودة الخدمة الصحية حسب متغير القطاع.

Group Statistics

	القطاع	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
جودة الخدمة الصحية	عام	255	3.6929	.56365	.03530
	خاص	72	4.2898	.43273	.05100

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
جودة الخدمة الصحية	Equal variances assumed	3.348	.068	-8.317-	325	.000	-.59692-	.07177	-.73811-	- .45573-
	Equal variances not assumed			-9.624-	145.955	.000	-.59692-	.06202	-.71950-	- .47434-

الملحق رقم 33: اختبار Independent Sample T-test لجودة الخدمة الصحية حسب متغير الجنس.

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
جودة الخدمة الصحية	ذكر	140	3.7687	.64244	.05430
	انثى	187	3.8660	.54806	.04008

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
جودة الخدمة الصحية	Equal variances assumed	1.311	.253	-1.475E0	325	.141	-.09731-	.06597	-.22709-	.03247
	Equal variances not assumed			-1.442E0	2.715E2	.150	-.09731-	.06749	-.23017-	.03555

الملحق رقم 34: اختبار One way ANOVA لجودة الخدمة الصحية حسب متغير العمر.

Descriptives

جودة الخدمة الصحية

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
من 20 اقل من 30	171	3.7939	.63028	.04820	3.6987	3.8890	1.93	5.00
من 30 اقل من 40	113	3.8320	.53317	.05016	3.7326	3.9314	2.55	4.97
من 40 اقل من 50	33	3.9083	.52606	.09158	3.7217	4.0948	2.84	4.70
من 50 اقل من 60	8	3.8640	.76616	.27088	3.2235	4.5046	2.27	4.83
اكثر من 60	2	4.4500	.68354	.48333	-1.6913-	10.5913	3.97	4.93
Total	327	3.8243	.59134	.03270	3.7600	3.8886	1.93	5.00

Test of Homogeneity of Variances

جودة الخدمة الصحية

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.783	4	322	.537

ANOVA

جودة الخدمة الصحية

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.193	4	.298	.852	.493
Within Groups	112.803	322	.350		
Total	113.997	326			

الملحق رقم 35: اختبار One way ANOVA لجودة الخدمة الصحية حسب التخصص الوظيفي.

Descriptives

جودة الخدمة الصحية

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
طبيب	141	3.6323	.57296	.04825	3.5369	3.7277	1.93	4.93
اداري	56	3.9841	.58532	.07822	3.8274	4.1409	2.02	5.00
فني	130	3.9637	.55713	.04886	3.8670	4.0604	2.13	4.97
Total	327	3.8243	.59134	.03270	3.7600	3.8886	1.93	5.00

Test of Homogeneity of Variances

جودة الخدمة الصحية

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.137	2	324	.872

ANOVA

جودة الخدمة الصحية

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	9.152	2	4.576	14.141	.000
Within Groups	104.845	324	.324		
Total	113.997	326			

الملحق رقم 36: اختبار Tukey لجودة الخدمة الصحية حسب متغير التخصص الوظيفي.

Multiple Comparisons

جودة الخدمة الصحية

Tukey HSD

(I) التخصص	(J) التخصص	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
طبيب	اداري	-.35178-*	.08985	.000	-.5633-	-.1402-
	فني	-.33135-*	.06917	.000	-.4942-	-.1685-
اداري	طبيب	.35178*	.08985	.000	.1402	.5633
	فني	.02042	.09093	.973	-.1937-	.2345
فني	طبيب	.33135*	.06917	.000	.1685	.4942
	اداري	-.02042-	.09093	.973	-.2345-	.1937

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

الملحق رقم 37: اختبار One way ANOVA لجودة الخدمة الصحية حسب المؤهل الدراسي.

Descriptives

جودة الخدمة الصحية

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
دكتوراه	8	3.8488	.63238	.22358	3.3201	4.3775	3.04	4.93
ماجستير	132	3.6196	.57093	.04969	3.5213	3.7179	1.93	4.93
مؤهل جامعي	24	3.8020	.64482	.13162	3.5297	4.0743	2.13	5.00
مدرسة التمريض	68	4.0678	.50530	.06128	3.9455	4.1901	2.55	4.84
معهد	95	3.9381	.57441	.05893	3.8211	4.0551	2.02	4.97
Total	327	3.8243	.59134	.03270	3.7600	3.8886	1.93	5.00

Test of Homogeneity of Variances

جودة الخدمة الصحية

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.368	4	322	.832

ANOVA

جودة الخدمة الصحية

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	10.811	4	2.703	8.434	.000
Within Groups	103.186	322	.320		
Total	113.997	326			

الملحق رقم 38: اختبار Tukey لجودة الخدمة الصحية حسب متغير المؤهل الدراسي.

Multiple Comparisons

جودة الخدمة الصحية

Tukey HSD

(I) المؤهل	(J) المؤهل	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval Lower Bound	95% Confidence Interval Upper Bound
دكتوراه	ماجستير	.22924	.20612	.800	-.3362-	.7947
	مؤهل جامعي	.04683	.23110	1.000	-.5872-	.6808
	مدرسة التمريض	-.21901-	.21159	.839	-.7995-	.3614
	معهد	-.08927-	.20840	.993	-.6610-	.4824
ماجستير	دكتوراه	-.22924-	.20612	.800	-.7947-	.3362
	مؤهل جامعي	-.18241-	.12562	.594	-.5270-	.1622
	مدرسة التمريض	-.44824-*	.08450	.000	-.6800-	-.2164-
	معهد	-.31850-*	.07616	.000	-.5274-	-.1096-
مؤهل جامعي	دكتوراه	-.04683-	.23110	1.000	-.6808-	.5872
	ماجستير	.18241	.12562	.594	-.1622-	.5270
	مدرسة التمريض	-.26583-	.13440	.279	-.6345-	.1029
	معهد	-.13609-	.12933	.831	-.4909-	.2187
مدرسة التمريض	دكتوراه	.21901	.21159	.839	-.3614-	.7995
	ماجستير	.44824*	.08450	.000	.2164	.6800
	مؤهل جامعي	.26583	.13440	.279	-.1029-	.6345
	معهد	.12974	.08992	.600	-.1169-	.3764
معهد	دكتوراه	.08927	.20840	.993	-.4824-	.6610
	ماجستير	.31850*	.07616	.000	.1096	.5274
	مؤهل جامعي	.13609	.12933	.831	-.2187-	.4909
	مدرسة التمريض	-.12974-	.08992	.600	-.3764-	.1169

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

الملحق رقم 39: اختبار One way ANOVA لجودة الخدمة الصحية حسب سنوات الخبرة.

Descriptives

جودة الخدمة الصحية

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean Lower Bound	95% Confidence Interval for Mean Upper Bound	Minimum	Maximum
اقل من سنة	33	3.8260	.56095	.09765	3.6271	4.0249	2.02	4.64
من سنة اقل من 5 سنوات	129	3.7300	.61807	.05442	3.6223	3.8377	1.93	4.97
من 5 سنوات اقل من 10 سنوات	63	3.9232	.53838	.06783	3.7876	4.0588	2.63	5.0C
من 10 سنوات اقل من 15 سنة	33	3.7489	.54862	.09550	3.5544	3.9435	2.55	4.6E
من 15 سنة اقل من 20 سنة	34	3.9101	.60121	.10311	3.7003	4.1198	2.13	4.97
اكثر من 20 سنة	35	3.9799	.60515	.10229	3.7721	4.1878	2.27	4.9
Total	327	3.8243	.59134	.03270	3.7600	3.8886	1.93	5.0C

Test of Homogeneity of Variances

جودة الخدمة الصحية

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.595	5	321	.704

ANOVA

جودة الخدمة الصحية

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3.049	5	.610	1.764	.120
Within Groups	110.948	321	.346		
Total	113.997	326			

الملحق رقم 40: معامل الارتباط Pearson بين النمط التحويلي وجودة الخدمة الصحية.

Correlations

		نمط قيادي تحويلي	جودة الخدمة الصحية
نمط قيادي تحويلي	Pearson Correlation	1	.532**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	327	327
جودة الخدمة الصحية	Pearson Correlation	.532**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 41: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي وجودة الخدمة الصحية.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.532[a]	.283	.281	.50140

a. Predictors: (Constant), تحويلي قيادي نمط

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.454	.124		19.777	.000
	نمط قيادي تحويلي	.411	.036	.532	11.334	.000

a. Dependent Variable: الصحية الخدمة جودة

الملحق رقم 42: معامل الارتباط Pearson بين النمط التحويلي والاعتمادية.

Correlations

		نمط قيادي تحويلي	الاعتمادية
نمط قيادي تحويلي	Pearson Correlation	1	.448**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	327	327
الاعتمادية	Pearson Correlation	.448**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 43: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي والاعتمادية.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.448[a]	.201	.198	.61504

a. Predictors: (Constant), تحويلي قيادي نمط

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.380	.152		15.637	.000
	نمط قيادي تحويلي	.401	.044	.448	9.033	.000

a. Dependent Variable: الاعتمادية

الملحق رقم 44: معامل الارتباط Pearson بين النمط التحويلي والاستجابة.

Correlations

		نمط قيادي تحويلي	الاستجابة
نمط قيادي تحويلي	Pearson Correlation	1	.408**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	327	327
الاستجابة	Pearson Correlation	.408**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 45: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي والاستجابة.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.408a	.166	.164	.57162

a. Predictors: (Constant), نمط قيادي تحويلي

Coefficientsa

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3.011	.141		21.287	.000
	نمط قيادي تحويلي	.332	.041	.408	8.045	.000

a. Dependent Variable: الاستجابة

الملحق رقم 46: معامل الارتباط Pearson بين النمط التحويلي والأمان.

Correlations

		نمط قيادي تحويلي	الامان
نمط قيادي تحويلي	Pearson Correlation	1	.438**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	327	327
الامان	Pearson Correlation	.438**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 47: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي والأمان.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.438[a]	.191	.189	.59134

a. Predictors: (Constant), تحويلي قيادي نمط

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.727	.146		18.635	.000
	نمط قيادي تحويلي	.375	.043	.438	8.773	.000

a. Dependent Variable: الأمان

الملحق رقم 48: معامل الارتباط Pearson بين النمط التحويلي واللباقة.

Correlations

		نمط قيادي تحويلي	اللباقة
نمط قيادي تحويلي	Pearson Correlation	1	.410**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	327	327
اللباقة	Pearson Correlation	.410**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 49: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي واللباقة.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.410[a]	.168	.165	.61062

a. Predictors: (Constant), تحويلي قيادي نمط

Coefficients[a]

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	2.658	.151		17.592	.000
نمط قيادي تحويلي	.357	.044	.410	8.097	.000

a. Dependent Variable: اللباقة

الملحق رقم 50: معامل الارتباط Pearson بين النمط التحويلي والملموسية.

Correlations

		نمط قيادي تحويلي	الملموسية
نمط قيادي تحويلي	Pearson Correlation	1	.497**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	327	327
الملموسية	Pearson Correlation	.497**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 51: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التحويلي والملموسية.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.497[a]	.247	.245	.78656

a. Predictors: (Constant), نمط قيادي تحويلي

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.493	.195		7.671	.000
	نمط قيادي تحويلي	.587	.057	.497	10.332	.000

a. Dependent Variable: الملموسية

الملحق رقم 52: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي وجودة الخدمة الصحية.

Correlations

			نمط قيادي تبادلي	جودة الخدمة الصحية
Spearman's rho	نمط قيادي تبادلي	Correlation Coefficient	1.000	.536**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	327	327
	جودة الخدمة الصحية	Correlation Coefficient	.536**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 53: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي وجودة الخدمة الصحية.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.515[a]	.265	.263	.50766

a. Predictors: (Constant), نمط قيادي تبادلي

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.412	.133		18.093	.000
	نمط قيادي تبادلي	.413	.038	.515	10.832	.000

a. Dependent Variable: جودة الخدمة الصحية

الملحق رقم 54: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي والاعتمادية.

Correlations

			نمط قيادي تبادلي	الاعتمادية
Spearman's rho	نمط قيادي تبادلي	Correlation Coefficient	1.000	.473**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	327	327
	الاعتمادية	Correlation Coefficient	.473**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 55: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي والاعتمادية.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.469[a]	.220	.217	.60763

a. Predictors: (Constant), نمط قيادي تبادلي

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.227	.160		13.953	.000
	نمط قيادي تبادلي	.437	.046	.469	9.569	.000

a. Dependent Variable: الاعتمادية

الملحق رقم 56: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي والاستجابة.

Correlations

			نمط قيادي تبادلي	الاستجابة
Spearman's rho	نمط قيادي تبادلي	Correlation Coefficient	1.000	.427**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	327	327
	الاستجابة	Correlation Coefficient	.427**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 57: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي والاستجابة.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.415[a]	.172	.169	.56961

a. Predictors: (Constant), نمط قيادي تبادلي

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients B	Unstandardized Coefficients Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
1	(Constant)	2.919	.150		19.510	.000
	نمط قيادي تبادلي	.352	.043	.415	8.214	.000

a. Dependent Variable: الاستجابة

الملحق رقم 58: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي والأمان.

Correlations

			نمط قيادي تبادلي	الامان
Spearman's rho	نمط قيادي تبادلي	Correlation Coefficient	1.000	.439**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	327	327
	الامان	Correlation Coefficient	.439**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 59: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي والأمان.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.426[a]	.181	.179	.59499

a. Predictors: (Constant), نمط قيادي تبادلي

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.681	.156		17.158	.000
	نمط قيادي تبادلي	.380	.045	.426	8.489	.000

a. Dependent Variable: الأمان

الملحق رقم 60: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي واللباقة.

Correlations

			نمط قيادي تبادلي	اللباقة
Spearman's rho	نمط قيادي تبادلي	Correlation Coefficient	1.000	.409**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	327	327
	اللباقة	Correlation Coefficient	.409**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 61: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي واللباقة.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.374[a]	.140	.137	.62073

a. Predictors: (Constant), نمط قيادي تبادلي

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.691	.163		16.506	.000
	نمط قيادي تبادلي	.339	.047	.374	7.276	.000

a. Dependent Variable: اللباقة

الملحق رقم 62: معامل الارتباط Spearman بين النمط التبادلي والملموسية.

Correlations

			نمط قيادي تبادلي	الملموسية
Spearman's rho	نمط قيادي تبادلي	Correlation Coefficient	1.000	.483**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	327	327
	الملموسية	Correlation Coefficient	.483**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	327	327

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 63: معامل الانحدار الخطي البسيط بين النمط التبادلي والملموسية.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.455[a]	.207	.205	.80734

a. Predictors: (Constant), نمط قيادي تبادلي

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.544	.212		7.282	.000
	نمط قيادي تبادلي	.559	.061	.455	9.209	.000

a. Dependent Variable: الملموسية